Nr. 10. 6. marca 1927. Rok VI.

# POLSKA GAZETA LEKARSKA

## PRACE ORYGINALNE.

Dr. Stanisław LASKOWNICKI, asystent kliniki. Lwów.

### O badaniu przedoperacyjnem nerek.

Z kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.
Dyrektor: prof. dr. H. Schramm.

Częste wypadki śmierci, jakie zdarzały się w krótki czas po operacji wycięcia nerki, spowodowały, że przed 40-tu laty zabieg ten uważano za bardzo niebezpieczny.

Przyczyną tych nieszczęśliwych wyników pooperacyjnych była niemożność określania wydolności nerek ówczesnemi sposobami badań klinicznych, za pomocą kórych z trudnością i nie zawsze pewnie określano która nerka uległa schorzeniu; nie można było również określić na pewno, czy obok nerki chorej istnieje jeszcze druga nerka zdrowa, nie można było także określić w przypadku schorzenia obustronnego nerek czy nerka uważana za mniej chorą jest dostatecznie zdrową i dostatecznie wydziela, by utrzymać przy życiu chorego.

W przypadkach rozpoznawczo stosunkowo łatwych kierowano się jako najważniejszym objawem zwykle tem, że za nerkę chorą uważano tę nerkę, która była powiększoną i bolesną. Wkrótce przekonano się jednak, że nerka zdrowa często ulega przerostowi zastępczemu, może być tkliwą na ucisk i stać się w ten sposób źródłem najstraszliwszej pomyłki rozpoznawczej.

Częste wypadki śmierci po operacji wycięcia nerki były spowodowane również i tem, że, jak to się zdarza, nerka chora była albo jedyną w organiźmie, albo też obok niej była druga nerka zdrowa, lecz tak mało rozwinięta, że miąższ jej ilościowo ani jakościowo nie wystarczał do zaspokojenia potrzeb organizmu.

Temu to okresowi chirurgji nerkowej zawdzięczamy rozwój licznych sposobów fizykalnego badania nerek, za pomocą których starano się przedewszystkiem stwierdzić obecność obu nerek i określić stan, w jakim się one znajdują. Sposoby te dają nam i dzisiaj bardzo ważne dane rozpoznawcze — zasługują więc na przypomnienie.

Przy badaniu chorego, po wysłuchaniu dokładnej anamnezy, zwrócić należy uwagę na jego stan ogólny. Po stwierdzeniu czy chory niema żółtaczki, obrzęku jednej z kończyn dolnych, zmian w kręgosłupie, mogących powodować bóle, na które się skarży chory, poszukujemy czy niema zmian w jamie brzusznej np. guza o ile zaś badany osobnik jest płci żeńskiej powinniśmy stwierdzić, czy chora nie jest w ciąży, podczas której dość często występują powikłania ze strony nerek.

Ważnym często objawem jest *varicocele* znajdujące się po tej samej stronie co powiększona nerka. *Varicocele* zostaje wywołane przez ucisk powiększonej nerki na *v. spermatica* i utrudnienie odpływu przez to z *plexus pampiniformis*. Częściej objaw ten spotykamy po stronie lewej, gdzie wpadająca do żyły nerkowej *v. spermatica* zostaje uciśnięta przez sam guz, zwłaszcza gdy guz ten przyczyni się do zwiększenia dolnego obwodu nerki. Po stronie prawej *v. spermatica* wpada do *v. cava inf.* poniżej ujścia *v. renalis* — to też po tej stronie rzadziej spostrzegamy żylakowatość sznurka nasiennego. O ile ucisk wywołuje objaw ten po stronie prawej, to zwykle mamy do czynienia z uciskiem wywartym nie przez sam guz, lecz przez gruczoły chłonne powiększone, leżące na *v. cava* i uciskające *v. spermatica*, co świadczy o znacznem już rozsprzestrzenieniu się sprawy chorobowej. *Varicocele* spotykamy przy zajęciu nerki przez nowotwór, nie jest to jednak objaw początkowy, lecz wskazujący na pewne rozsprzestrzenienie sie nowotworu uciskającego odpowiednie naczynia.

Oglądając okolicę nerki z przodu, z boku i z tyłu poszukujemy za widocznemi czasem już zmianami, mogącemi przedstawiać się w postaci zaczerwienienia skóry danej okolicy, obrzęku, guza wypuklającego powłoki jamy brzusznej lub unoszącego łuk żebrowy ku górze.

W dalszym ciągu badania poszukujemy *t. zw. punktów bolesnych,* charakterystycznych dla schorzeń nerek i moczowodu, albowiem schorzenia tych dwu organów idą razem w parze i nie dają się ściśle odgraniczyć.

Poza charakterystycznym bólem nerki w postaci znanego obrazu t. zw. kolki nerkowej, możemy stwierdzić często bolesność na ucisk pewnych punktów, odpowiadających nerce względnie moczowodowi. Z tyłu mamy dwa takie punkty bolesne, na dolnym brzegu 12-tego żebra; jeden z nich znajduje się na *wierzchołku trójkąta, tworzonego przez 12-te żebro i zewnętrzny brzeg kręgosłupa (point costo-vertebral Guyona),* drugi — (t. zw. *point costo-musculaire)* znajduje się w kącie utworzonym przez 12-te żebro i brzeg *m. sacrospinalis*. Punkt bolesny pierwszy znajdujemy prawie we wszystkich przypadkach, gdzie nerka jest bolesną czy to z powodu niedostatecznego odpływu moczu (retencji), czy też z powodu zakażenia. Bolesność w punkcie drugim stwierdzamy często podczas dwuręcznego obmacywania nerki chorej u ludzi szczupłych oraz w tych przypadkach, gdzie nerka jest nietylko powiększona, lecz także obniżona (Pasteau).

Z przodu możemy napotkać trzy takie punkty bolesne: pierwszy leży w miejscu skrzyżowania się zewnętrznego brzegu mięśnia prostego brzucha z łukiem żebrowym (10-tem żebrem) t. zw. *point sous-costal Albarrana*. Punkt ten po stronie prawej leży nieco na zewnątrz od miejsca, w którem zwykle wymacujemy bolesny pęcherzyk żółciowy.

Punkt drugi, na który zwrócił uwagę Bazy, leży na zewnętrznym brzegu mięśnia prostego w wysokości pępka *(point para-ombilical);* ucisk nań może wywołać promieniowanie bólu ku pęcherzowi i może czasem spowodować parcie i potrzebę oddania moczu; Bazy tłumaczy ten ból odruchem miedniczkowo-pęcherzowym. Te dwa punkty bolesne stwierdzamy rzadziej niż wyżej wymienione punkty bolesne grzbietowe — natomiast spotykamy stosunkowo często przy gruźlicy nerki ze zajęciem moczowodu przez schorzenie oraz przy retencjach miedniczkowych, powikłanych zakażeniem punkt bolesny trzeci, leżący również na zewnętrznym brzegu mięśnia prostego, na wysokości *spina ilei ant. sup (point urétéral moyen).*

Pasteau określił oprócz tego jeszcze trzy punkty bolesne boczne. Najważniejszym z nich jest punkt położony palec na wewnątrz i do góry od *spina ant. sup. ilei (point sus-intra-epineux)* nad przebiegającemi w tem miejscu nerwami *(n. ileo-inguinalis* i *genito cruralis);* jest to punkt najczęściej spotykany przy schorzeniach nerkowych. Mniej często spotykany jest punkt pachwinowy *(point inguinal),* znajdujący się w okolicy zewnętrznego otworu pachwinowego, jeszcze rzadziej zaś wykrywa się punkt bolesny leżący tuż nad kolcem kości biodrowej w linji pachowej tylnej *(point sus-iliaque latéral.*

Ważnym bardzo objawem jest stwierdzenie bolesności w dolnej części moczowodu i odpowiedniej części pęcherza od strony pochwy lub odbytnicy *(point vésico-vaginal ou vésico-rectal).* Ważność tego objawu podkreśla Bazy. Wywoływanie bólu wraz z uczuciem parcia na mocz przy ucisku odpowiedniej strony w okolicy moczowodu jest bardzo ważnym objawem zwłaszcza przy gruźliczem schorzeniu nerki i moczowodu, pomijając już to, że badaniem *per vaginam* względnie *per rectum* udaje się nam czasem wymacać tkwiący w moczowodzie kamień lub wyczuć zgrubienie moczowodu chorobowo zmnienionego.

Stwierdzenie tych punktów bolesnych zwłaszcza gdy one są tylko po jednej stronie ma bardzo wielkie znaczenie dla rozpoznania schorzenia i określenia strony przez nie zajętej; w przypadkach, gdzie nerka jest mała i niemacalna, oraz w przypadkach, gdzie z powodu otyłości wymacanie jej jest utrudnione i gdzie mało mamy innych objawów schorzenia — wykazanie typowych punktów bolesnych może nam dać bardzo ważne wskazówki.

Badaniem mogącem najlepiej przedstawić stan, w jakim się nerki znajdują, o ile wypadnie dodatnio, jest *obmacywanie.*

Obmacywaniem stwierdzamy najpierw w jakim stanie znajduje się skóra i części pokrywające nerkę — a więc jaka jest ciepłota w porównaniu ze stroną przeciwną, czy niema miejscowego obrzęku, czy niema przeczulicy — wreszcie czy niewyczuwa się oporu. Wobec tego, że nerka przykryta jest żebrami i grubą warstwą silnych mięśni lędźwiowych, wyczuwamy ją od tyłu tylko wtedy, gdy jest bardzo znacznie powiększona. Wyczuwamy wówczas ją jako opór na brzegu mięśnia krzyżowo-biodrowego *(m. sacro-spinalis)*, opór mniej lub więcej wyraźny.

O wiele łatwiej wyczuwamy nerkę z przodu, od strony jamy brzusznej, choć i tu wymacywanie nerki mniej lub więcej wyraźne jest zależne od grubości i oporu, jaki stawiają mniej lub więcej

grube powłoki jamy brzusznej i od stanu wypełnienia, w jakim się znajduje przed nerką leżąca kiszka gruba.

Najlepsze usługi oddaje nam badanie dwuręczne, przyczem postępujemy w ten sposób, że, idąc za wskazówkami starych mistrzów tego sposobu badania, po stronie prawej badamy prawą ręką od przodu, lewą zaś podtrzymujemy okolicę lędźwiową, stojąc po stronie prawej chorego, celem zbadania lewej nerki przechodzimy na stronę lewą i badamy przeciwnie — starając się wymacać z przodu opór od nerki pochodzący ręką lewą.

Israel polecał badanie dwuręczne nerki przy położeniu chorego na bok ze zgiętemi kończynami dolnemi Sposób ten nadaje się do badania nerki ruchomej, albowiem w tem położeniu następuje znaczne zwolnienie mięśni brzusznych odpowiedniej strony — nerka zaś swym ciężarem oraz pod wpływem głębokich wdechów wysuwa się z pod łuku żebrowego na dół i dośrodkowo.

Pasteau poleca obmacywać nerkę w pozycji takiej, w jakiej zwykle układamy chorego na stole operacyjnym przed wykonaniem zabiegu na nerce, t. j. w pozycji leżącej bocznej z wałkiem podłożonym między łuk żebrowy a kość biodrową (t. zw. *décubitus latéral arqué*). Wprawdzie pozycja ta powoduje napięcie mięśni w miejscu obmacywanem, czasem jednak tylko w tem położeniu występuje wyraźnie z pod łuku nerka powiększona.

Dobre usługi oddaje zwłaszcza w przypadkach z nerką ruchomą sposób badania Glénarda, chorego badamy w pozycji leżącej na wznak i staramy się, by mięśnie brzucha były o ile możności jak najbardziej zwolnione. Przy badaniu nerki prawej (zwykle po tej stronie spotykamy nerkę ruchomą) 4 palce lewej ręki badającego obejmują od tyłu okolicę lędźwiową, kciuk zaś spoczywa od przodu tuż pod łukiem żebrowym; choremu każemy głęboko oddychać; na szczycie wdechu, gdy nerka wyraźnie wysuwa się z pod łuku — przyciskamy kciuk do innych palców i staramy się zatrzymać ją w tem położeniu — poczem drugą ręką obmacujemy ją. W przypadkach, gdzie nerka jest silnie opadnięta — udaje się często przytrzymać ją za biegun górny. Po podniesieniu kciuka, trzymając prawą rękę dalej na nerce czujemy jak wolno puszczona przy wydechu nagle wraca pod łuk żebrowy.

Guyon, który specjalnie zajmował się sposobami fizykalnego badania nerek, podał sposób badania nazwany *„recherche du ballotement rénale"* — albowiem podczas badania „balotujemy" nerkę między obu rękami. Badanie to wykonujemy w ten sposób, że jedną ręką podtrzymujemy okolicę lędźwiową od tyłu, drugą zaś kładziemy na brzuchu, zwróconą końcami palców pod łuk żebrowy i staramy się nerkę między obu rękami wymacać. Ręka spoczywa na brzuchu spokojnie by nie wywołać odruchowego napięcia mięśni brzusznych. W czasie, gdy zaczyna się wydech t. j. w czasie kiedy nerka znajduje się najniżej w swej ekskursji zginamy nagle ostatnie człony palców, starając się wymacać zmiany, jakim nerka uległa. Tym sposobem możemy często wymacać zmiany kształtu nerki, zmiany na jej powierzchni, nierówności i spoistość poszczególnych części miąższu nerkowego. Badanie to uzupełniamy starając się przez wykonywanie odpowiednich ruchów palcami obu rąk wymacać zmiany raz jedną raz drugą ręką.

Badanie to wykonuje się również w pozycji wpół siedzącej chorego, albowiem w tej pozycji nerka wyraźniej się przy wdechu obniża i można wymacać większą część jej przedniej powierzchni.

Badania te dają nam pojęcie o położeniu nerki, jej kształcie i wielkości, o stanie jej powierzchni i o jej spoistości.

Pomimo tych badań, jak najdokładniej przeprowadzonych możemy mieć wąpliwości czy guz, który czujemy jest rzeczywiście nerką. Ważne wskazówki daje nam wówczas opukanie jamy brzusznej nad guzem i w jego okolicy, albowiem daje nam to pojęcie o tem czy guz znajduje się za- czy wewnątrz-otrzewnowo. Przed nerką leży okrężnica — to też zwykle wypuk nad guzem nerkowym jest bębenkowy. W przypadkach, gdzie guz wychodzący z nerki jest znacznych rozmiarów kiszka gruba może być zepchnięta ku dolowi i ku środkowi; w tych przypadkach nad guzem mamy stłumienie, pomimo, że położony on jest zaotrzewnowo. Po stronie prawej często zdarza się, że między stłumieniem wątroby a stłumieniem powodowanem przez znacznej objętości guz nerkowy znajdujemy pas wypuku bębenkowego, pochodzącego od kiszki grubej. Po stronie lewej stłumienie pochodzące od guza nerkowego przechodzi zwykle w stłumienie śledzionowe, tak, że często nie możemy określić który z tych dwu organów jest siedzibą guza.

Opukiwanie nerek od tyłu, daje wobec grubości pokrywających je mięśni, bardzo mało danych o ich zachowaniu się.

* * *

Wszystkie te sposoby badań klinicznych, które starałem się w krótkości przypomnieć, podając tylko najbardziej używane metody o wypróbowanej wartości praktycznej okazały się w połączeniu z wywiadami, dokładną obserwacją schorzenia i badaniem moczu niewystarczającemi, co było powodem, że zaczęto usilnie poszukiwać za innemi sposobami, któreby określiły dokładnie i na pewno po której stronie jest schorzenie, jaki jest jego charakter i rozprzestrzenienie się.

Okazało się, że nawet polecane z wielu stron odsłonięcie nerki względnie nerek obu, bardzo często nie daje nam pojęcia o stanie, w jakim się one znajdują. Także i po dekapsulacji nerek sprawa tak mało się wyjaśnia, że ta metoda, mająca ułatwić rozpoznanie została w zupełności zarzuconą.

Bo czyż można powiedzieć coś pewnego trzymając w ręku i oglądając po wierzchu nerkę, zawierającą mały kamień, dający cień na kliszy tylko przy bezpośredniem zdjęciu roentgenowskiem samej nerki, polecanem w ostatnich czasach podczas operacji, kamień, leżący głęboko w kielichu, który nie daje się wyczuć po przez twardy i zbity miąższ nerkowy, którego nie możemy czasem odnaleść nawet po zupełnem rozcięciu nerki od jednego bieguna do drugiego?

Czyż możliwem jest uzyskać jakiekolwiek wskazówki co do dalszego postępowania obmacując i oglądając podczas operacji nerkę, dotkniętą początkującą gruźlicą, usadowioną na brodawce kieliszka, tej tak częstej postaci gruźlicy?

Zaczęto szukać za metodami badania, umożliwiającemi *dokładne zorjentowanie się w wydolności czynnościowej każdej nerki z osobna* by mieć pewność po określeniu miejsca schorzenia, że nerka zdrowa jest dostatecznie dobrą dla zaspokojenia wydzielniczych potrzeb organizmu.

Jeden z pierwszych Czerny polecił po odsłonięciu nerki chorej i zaciśnięciu jej moczowodu badać mocz, pochodzący z nerki, uważanej za zdrową a zebrany z pęcherza i na tem opierał swe wskazania operacyjne. Gluck zmodyfikował tą metodę, wstrzykując jodek potasu i badając wydzielanie go przez zdrową nerkę. Hegar, Sänger i Warkala, chcąc uzyskać za pomocą lżejszego zabiegu to co uzyskał Czerny wypreparowywali u kobiet moczowód od strony pochwy i zaciskali go, badając mocz, zebrany z pęcherza, a pochodzący z nerki zdrowej.

Bozeman, Ernst próbowali sondować moczowody przez przetokę pęcherzowo-pochwową, Guyon i Albarran w tym celu polecili otwierać pęcherz. Tuchmann, chcąc wykonać badanie bez zabiegu operacyjnego próbował zacisnąć ujście moczowodowe przyrządem w kształcie litotryptora, wprowadzonym do pęcherza. Szereg metod mniej, lub więcej brutalnych, a bardzo mało pewnych wobec tego, że pracowało się na ślepo podali Silberman, Fenwick, Eberman, Weir, Davy, Waldstein, Saunds, Lange i Müller. Wobec niedokładności tych sposobów badania Simon wpadł na pomysł, by po znacznem rozszerzeniu cewki u kobiet i po wymacaniu palcem, wprowadzonym do pęcherza, ujść moczowodowych — zasondować moczowody cewnikiem i w ten sposób uzyskać mocz do badania z każdej nerki z osobna. Pawlik, potem Howard Kelly wprowadzili u kobiet cewniki do moczowodów już pod kontrolą wzroku.

Wspomnieć jeszcze trzeba o próbach przedzielenia pęcherza za pomocą różnych przegród na dwie części, by zbierać w ten sposób mocz z obu nerek oddzielnie, do czego podano cały szereg przyrządów, a więc t. zw. *„cloisonneur"* Lambotta, Neumanna, Nicolicha, *„separateur"* Harrisa, Downesa bardzo swego czasu rozpowszechniony separator Louysa, *„diviseur"* Cathelina i t. p.

Wszystkie te sposoby, mające dziś już tylko wartość historyczną były podstawa do dalszych prób nad umożliwieniem badania moczu zebranego z każdej nerki z osobna. Jednem z ostatnich ogniw w przejściu do sposobów dzisiaj używanych był cystoskop Morrisa *„à vision directe"*.

Do rozwinięcia się metod dzisiaj używanych t. zn. do sondowania moczowodów pod kontrolą wzroku w cystoskopie przyczynili się Brenner, Nitze, Albarran, który właściwie tę kwestję w zupełności rozwiązał, umieszczając w cystoskopie hebel, za pomocą którego można cewnikami moczowodowemi manewrować — wreszcie Kasper, który położył wielkie zasługi, ulepszając i propagując ten sposób badania nerek.

Dalszy rozwój zawdzięcza metoda ta konstruktorom instrumentów, którzy wprowadzając ulepszenia techniczne, zmniejszając obwód instrumentu, wreszcie ulepszając wciąż optykę doprowadzili do tego, że metoda ta, uważana za niezmiernie trudną i dostępną jedynie nielicznym osobnikom, wymagająca bardzo rzadkiej zręczności rozpowszechniła się ogromnie i dziś bez tej metody badania nie może się obejść żaden oddział chirurgiczny.

Z chwilą umożliwienia zbierania moczu z obu nerek osobno zdawałoby się, że kwestja badania czynnościowego nerek jest już w zupełności załatwioną Tymczasem właśnie w chwili obecnej jesteśmy świadkami gorącego sporu między zwolennikami różnych sposobów badania o to, który z nich jest najlepszy i daje nam najdokładniejszy obraz stanu w jakim się nerki znajdują. Badania ma-

jące na celu umożliwienie określenia każdej nerki z osobna w sposób jaknajbardziej dokładny trwają w dalszym ciągu.

Przedewszystkiem zdarza się czasem, że zasondowanie moczowodów powoduje niezupełnie prawidłową czynność nerek.

Zasondowanie moczowodów może spowodować wstrząs nerek; podrażnienie błony śluzowej moczowodu względnie miedniczki wywołuje odruchową poliurję, a co gorsze czasem może wywołać pewien czas trwającą oligurję a nawet bezmocz; w takich razach badanie jest bardzo utrudnione, a zwłaszcza wówczas, gdy minimalne ilości moczu wydziela nerka zdrowa.

By uniknąć pomyłek spowodowanych nieprawidłową czynnością nerek, wywołaną zasondowaniem moczowodów próbował Legueu oprzeć się tylko na obserwacji klinicznej i na t. zw. stałej Ambarda — przeciwko czemu wystąpili gorąco inni urologowie, uważając ten sposób badania za znaczne cofnięcie się wstecz i zarzucając mu niedokładność. Dziś właśnie jesteśmy świadkami tego sporu, który przechyla się już zdecydowanie na stronę licznych przeciwników Legueu'ego.

Wpływ jaki na nerki i na wydzielanie przez nie moczu wywiera zasondowanie moczowodu — studjował Goldberger 3) w licznych doświadczeniach przeprowadzonych na ludziach (osobnikach zdrowych). Goldberger potwierdził oddawna znany fakt, że obie zdrowe nerki wydzielają w tym samym czasie w przybliżeniu równe ilości chlorków i mocznika.

Po zasondowaniu obu moczowodów ilości wydzielonego mocznika i chlorków również pozostają równe — różnica między jedną a drugą nerką zdrową wyrażać się może tylko w stężeniu tych ciał w moczu, a więc tylko w wydzielaniu większej lub mniejszej ilości wody, co zależnem jest wedle Goldbergera od większego lub mniejszego podrażnienia nerki wprowadzonym do miedniczki cewnikiem moczowodowym. Goldberger twierdzi, że zasondowanie moczowodów wywołuje zwykle odruchową poliurję. Gdyby nerki stale reagowały na zasondowanie moczowodów poliurją to odruch ich w tej postaci należałoby uważać za zaletę tego sposobu badania, albowiem uzyskanie odpowiedniej ilości moczu z każdej nerki z osobna ułatwia nam badanie go, oprócz tego wydzielanie ciał sztucznie do ustroju wprowadzonych (n. p. barwików) występuje wówczas bardzo wyraźnie, a co najważniejsze uwydatniają się bardzo wyraźnie różnice w czynności między nerką zdrową a nerką chorą, która, jak to oddawna wiemy, wydziela znacznie gorzej wodę niż nerka zdrowa (względnie zdrowsza). Niestety ten pomyślny i ułatwiający badanie odruch ze strony nerki nie jest regułą, lecz owszem zasondowanie moczowodów, jak to stwierdziłem podczas wielu badań czynnościowych nerek, wywołuje czasem wprost przeciwny, bardzo niemiły dla badającego skutek, a mianowicie wyraźną oligurję, co wykonanie dokładnych badań znacznie utrudnia.

Pozatem, że zasondowanie moczowodów może wywrzeć pewien mniej lub więcej korzystny wpływ na czynność wydzielniczą nerki jest jeszcze drugi czynnik wysuwany często jako zarzut przeciw temu sposobowi badania; chodzi tu mianowicie o to, że po zasondowaniu moczowód nie zaprzestaje wykonywać ruchów robaczkowych — co powoduje, że część moczu spływa obok moczowodu do pęcherza, gdzie miesza się z moczem pochodzącym z drugiej nerki.

Wady tego sposobu badania nauczyliśmy się usuwać, spływaniu moczu obok cewnika moczowodowego staramy się zapobiec używając grubych dość cewników (zwykle nr. 6 lub 7), by pobudzić nerki do żywszego wydzielania podajemy choremu w czasie badania szklankę zimnej wody do wypicia, co odruchowo wywołuje poliurję; oligurję zwykle udaje się usunąć płukaniem miedniczek wodą przekroploną — tak, że w przeważnej części przypadków badanie przebiega bez trudności i dziś olbrzymia wiekszość urologów opiera swe rozpoznania i wskazania operacyjne na tym sposobie badania w połączeniu z innemi pośredniemi metodami oznaczania wartości nerek.

* * *

Metody badania czynnościowego nerek można podzielić na pośrednie i bezpośrednie.

Za pomocą metod pośrednich takich jak obliczenie azotu pozabiałkowego we krwi, mocznika, kwasu moczowego, chlorków, indykanu, kreatyniny i t. d. możemy ocenić wydolność nerek w przybliżeniu.

Metody badań bezpośrednich polegają na obliczeniu substancyj wydzielanych przez obie nerki (próba Vollharda) lub przez każdą nerkę z osobna, przyczem obliczać możemy ciała wydzielane stale przez nerki jak mocznik i chlorki, żeby wyliczyć najważniejsze, ciała sztucznie do ustroju wprowadzone (barwiki), wreszcie możemy obliczać ilość ciał wydzielanych przez nerki po podaniu jakiegoś czynnika, który wydzielanie tych ciał powoduje (cukier po podaniu florydzyny, kwas hippurowy w zwiększonej ilości po podaniu będźwianu sodowego).

Z metod oznaczających pośrednio stan wydolności nerek na pierwszem miejscu wymienić należy *oznaczanie azotu pozabiałkowego we krwi,* którego ilość u człowieka zdrowego waha się między 0'30 a 0'50 grama na litr (30—50 miligramów na 100 cm krwi). Ilość ta po posiłku wzrasta, albowiem zwiększa się dopływ mocznika dostarczanego przez tkanki i przez wątrobę. U żarłoków spotyka się często azotemję wynoszącą 0'60—0'80 grama azotu na litr.

Kwestją azotemji zajmował się dokładnie Widal, który nawet ujął dane prognostyczne w pewien schemat. A mianowicie ilość 0'60—0'80 grama na litr krwi określa on jako azotemję początkową *(l'azothémie initiale)* — spotyka się ją u żarłoków lub u ludzi z osłabioną czynnością wydzielniczą nerek.

Ilość 0'50—1 grama na litr może się po usunięciu przyczyny szkodliwej zmniejszyć a nawet całkiem powrócić do normy.

Jeżeli ilość azotu pozabiałkowego waha się między 1—2 gramami na litr — wszelki zabieg jest przeciwskazany — dany osobnik ma przed sobą jeszcze tylko rok życia.

Przy ilości 2—3 gramów na litr krwi życie trwać może tylko kilka miesięcy, ponad trzy gramy zaś w przeciągu kilku tygodni proces chorobowy kończy się nieuchronnie śmiercią.

Rzecz prosta, że o prognozie zwłaszcza operacyjnej decydują także i inne czynniki i zdarza się, że u osobnika z azotemją wynoszącą 1'50 operacja przebiega pomyślnie i po operacji (n. p. wyjęciu sterczu) ilość azotu we krwi zmniejsza się, z drugiej strony zdarza się, że chory z ilością azotu — 0'70 po operacji ginie z powodu ostrej niedomogi nerek. W każdym razie Legueu poleca się wstrzymać od ciężkiego zabiegu, jeżeli azotemja jest wyższą niż 1 gram — a ograniczyć się tylko do zabiegów przygotowawczych (jak n. p. cystostomja przy przeroście sterczu) i czekać z wykonaniem radykalnego zabiegu aż ilość azotu we krwi spadnie.

Metodą wielce w Niemczech, Austrji i Węgrzech używaną jest podana przez Korany'ego *kryoskopja krwi,* polegająca na obliczeniu punktu zamarzania krwi, który normalnie wynosi —56° C.

Metoda ta we Francji, Włoszech i Anglji została prawie zupełnie zarzuconą, albowiem jest mało dokładną; o wiele dokładniejszy obraz daje nam obliczenie ilości azotu pozabiałkowego we krwi, jak to widać z poniżej przedstawionej tablicy przedstawiającej stosunek tych dwu sposobów badania:

| | | | |
|---|---|---|---|
| przy azotemji | = 0·30 na 1000 | . . . $\delta = -0{\cdot}57$ | |
| „ „ | = 0·62 „ „ | . . . $\delta = -0{\cdot}58$ | |
| „ „ | = 0·94 „ „ | . . . $\delta = -0{\cdot}59$ | wedle Mariona |

Jak widzimy z tego różnice zależne od temperatury, w jakiej krew zamarza są dosyć znaczne i mniej wyraźnie stan nerek oddają niż obliczenie azotemji, gdzie wahania cyfrowe są czulsze.

Bernard porównywał kryoskopję krwi z kryoskopją moczu i starał się stan nerek określić podobnie jak Ambard formułą matematyczną brzmiącą:

$$\frac{\triangle}{\delta} \times V = R$$

$\triangle$ jest punkt zamarzania moczu $= -1{\cdot}5^0$ do $-2^0$
$\delta$ jest punkt zamarzania krwi $= -0{\cdot}56^0$
V jest to ilość moczu wydzielona w 24 godzinach.

Okazało się, że wahania są za słabe, by móc z tego sposobu badania wyciągnąć jakieś dokładne wnioski.

Metodą bardzo we Francji przez Legueu'ego oraz jego uczniów polecaną jest obliczanie t. zw. *stałej Ambarda (constante ureosecretoire).* Ambard na podstawie długoletnich, żmudnych doświadczeń ustalił dwa prawa fizjologiczne, z których pierwsze brzmi następująco:

*„Jeżeli nerki wydzielają mocznik w pewnem stężeniu stałem C — ilość wydzielonego mocznika D (débit — wydatek) pozostaje w stosunku prostym do kwadratu ze stężenia mocznika we krwi"*

$$\text{czyli} \quad \frac{U^2}{D} = K = \frac{U}{\sqrt{D}}$$

Ten *stały* stosunek daje pewną liczbę *K* t. zw. *stałą Ambarda*

$$K = \frac{U \text{ — ilości mocznika we krwi na litr}}{\sqrt{D \text{ — ilości mocznika wydzielonego w moczu w 24 godz}}}$$

Drugie prawo Ambarda powiada, że: *„Jeżeli przy stałem stężeniu mocznika we krwi dany osobnik wydziela mocznik w stężeniu zmiennem (w moczu) ilość wydzielonego mocznika w 24 godzinach (débit) pozostaje w stosunku odwrotnie proporcjonalnym do pierwiastka kwadratowego ze stężenia mocznika w moczu".*

Obliczenie stałej Ambarda jest nieco skomplikowane:

Przedewszystkiem ważymy badanego osobnika (P=waga).

Żeby nie obliczać całej ilości wydzielonego przez nerki w 24 godzinach mocznika zbieramy mocz w pewnym określonym czasie = T i mierzymy ilość oddanego moczu = V.

Pobieramy krew ze żyły łokciowej i w surowicy krwi oznaczamy U = ilość mocznika na litr osocza, wreszcie obliczamy stężenie mocznika w zebranym moczu i otrzymujemy C = ilość mocznika na litr moczu. Mamy teraz wszystkie liczby potrzebne do obliczenia stałej Ambarda.

Ambard dodał jeszcze do tego dwie poprawki — pierwsza polega na przeliczeniu ilości wydzielonego mocznika na ilość, jaką wydziela osobnik o prawidłowej czynności nerek a która wynosi 25‰ — (2'5%), druga poprawka polega na przeliczeniu wagi danego osobnika na wagę średnią zdrowego osobnika, którą oznaczono na 70 kg.

Ostatecznie więc wzór, na podstawie którego obliczamy stałą Ambarda wygląda następująco:

$$K = \frac{U}{\sqrt{\frac{C\,V}{1000} \times \frac{1440}{T} \times \frac{70}{P}} \times \sqrt{\frac{C}{25}}}$$

(1440 minut = 24 godzin)

czyli jeżeli waga danego osobnika P = 75 kg.
czas zbierania moczu T = 38 min.
ilość zebranego moczu V = 49 cm.
stężenie moczu wynosi C = 10'91 gr. na litr
ilość mocznika we krwi U = 0'43 na litr osocza

to rachunek będzie wyglądał następujaco:

$$K = \frac{U}{\sqrt{\frac{10{\cdot}91 \times 49}{1000} \times \frac{1440}{38} \times \frac{70}{75}} \times \sqrt{\frac{10{\cdot}91}{25}}} = 0{\cdot}121$$ tyle wynosi

stała Ambarda dla danego osobnika (wedle Mariona).

Wedle Ambarda i Legueu'ego stała wynosząca 0'070 jest ilością znajdywaną u osobników ze zachowaną całą ilością miąższu nerkowego.

Osobnik o stałej 0'140 t. j. o dwukrotnie większej ma tylko jedną czwartą miąższu czynnościowo zdrowego. Przy stałej 0'210 ma już tylko jedną dziewiątą zdrowego miąższu. Legueu twierdzi, że przy stałej ponad 0'120 nie należy już operować chorego.

Żeby nie powracać już więcej do kwestji stałej Ambarda odrazu tutaj zaznaczę, że Marion i jego uczniowie oraz cały szereg wybitnych urologów francuskich są bezwzględnymi przeciwnikami tej metody i występują bardzo ostro przeciw opieraniu wskazań operacyjnych li tylko na stałej Ambarda. Swe zarzuty przeciw tej metodzie popierają licznemi faktami klinicznemi, z których okazuje się n. p. że chory ze stałą 0,200 ciężki zabieg przetrzymał i wyzdrowiał — natomiast między innymi samemu Legueu zdarzyło się, że chory o stałej wynoszącej 0'075 po zabiegu zmarł z powodu ostrej niedomogi nerek i anurji.

Pomijając już zawiły rachunek, zmuszający badających do posługiwania się książeczką logarytmową i kłopotliwe badania, zarzuca Marion metodzie tej niedokładność, twierdzi, że nie oddaje ona wcale stanu w jakim nerki się znajdują i staje się nieraz powodem bardzo grubych pomyłek, wobec czego Marion poleca usilnie zasondowanie moczowodów i obliczenie przez odpowiednie badania wartości czynnościowej każdej nerki z osobna — jako jedynie pewną metodę. Z Marionem solidaryzuje się olbrzymia większość urologów francuskich tak, że Legueu ze swemi poglądami na badanie czynnościowe nerek stoi we Francji zupełnie prawie odosobniony. W ostatnich czasach występuje ostro przeciw tej metodzie fizjolog rumuński Paulescu 10), udowadniając szeregiem doświadczeń przeprowadzonych na ludziach zdrowych oraz zwierzętach, że prawa Ambarda są błędne, że prawa fizjologiczne nie dadzą się wtłoczyć w ramy suchej formuły matematycznej i że stała Ambarda może być źródłem wielu i wielkich pomyłek, dając zupełnie niedokładny obraz czynności nerek.

Do zdania Mariona i Paulescu przyłącza się Borza 12) w obszernej klinicznej pracy, odmawiającej stałej Ambarda wszelkiego znaczenia.

Dość dziwnie wśród tego zmierzchu praw Ambarda wygląda praca Goldbergera 13), który ten sposób badania na podstawie swoich doświadczeń poleca.

Z innych metod badań pośrednich wydolności nerkowej na pierwszem miejscu wymienić trzeba od dawna używane *obliczenie ilości mocznika we krwi;* w ostatnich czasach Hench, Philipp i Aldrich 13) a z polskich autorów Landsberg 14), polecają *obliczanie mocznika w ślinie,* którego stężenie w ślinie wynosi zwykle 80% stężenia jego we krwi.

Terzani 15) poleca oznaczanie *indykanu* we krwi jako dokładniejsze oraz lepiej oddające wydolność nerek niż obliczenie azotu pozabiałkowego. Mendel 16) poleca obliczanie *kwasu moczowego we krwi,* Rolando 17) znów obliczanie poleconej przez Wilsona, Plana, Rainoldi'ego i Folina *kreatyniny,* (normalnie we krwi 1—2 miligr. na 100 cm³ krwi), Zondek, Petow i Siebert zalecają obliczenie *wapnia we krwi,* którego zmniejszenie się we krwi jest pierwszą oznaką osłabionej czynności wydzielniczej nerek, występującą wcześniej od powiększenia się ilości azotu pozabiałkowego. W schorzeniach chirurgicznych nerek, które wedle wyżej wymienionych autorów są miejscowem tylko schorzeniem pewnej części miąższu nerkowego w przeciwieństwie do zapalenia nerek — nie znajduje się zwykle zmniejszenia się ilości wapnia we krwi.

Nowe te sposoby pośrednio mające oznaczyć wydolność nerek, wraz z metodą oznaczania chlorków we krwi, są jeszcze za mało używane, by można wydać sąd o ich wartości, wobec tego jednak, że badania i obliczania azotu pozabiałkowego lub mocznika we krwi są dla chirurga jedynie uzupełnieniem dokładnie przeprowadzonego badania czynnościowego nerek bezpośredniego — przypuszczać należy, że te stare metody jeszcze długo nie zostaną zastąpione przez nowe, tembardziej, że nie wydają się one wcale dokładniejszemi od dawnych.

Sposobem badania bardzo rozpowszechnionym, dającym nam pojęcie o czynności obu nerek, t. j. o czynności miąższu nerkowego jako całości jest *próba zagęszczania i rozcieńczania moczu Vollharda,* która jest naśladownictwem próby wodnej Albarrana.

Podstawą próby tej jest oddawna znany fakt, że nerki zdrowe wydzielają zależnie od ilości przyjętych przez organizm płynów więcej lub mniej moczu o mniejszem lub większem stężeniu — przyczem rzecz prosta ciężar gatunkowy moczu pozostaje w odwrotnym stosunku do jego ilości.

Jeżeli więc podamy osobnikowi o zdrowych nerkach litr płynu — to wydzielać on będzie duże ilości moczu o niskim ciężarze gatunkowym, tak, że w 2—3 godzin po wypiciu danej ilości płynu c. g. moczu spadnie do liczby 1003—1001.

Nerki, które nie potrafią rozcieńczyć moczu poniżej cyfry 1006 uważać należy za znacznie schorzałe (Wildbolz) 6).

Po ukończeniu próby rozcieńczenia moczu, która trwa 4 godziny; albowiem po 4-ech godzinach mniejwięcej c. gat. moczu podnosi się do wysokości, na jakiej był przed rozpoczęciem próby — wykonuje się zwykle próbę zagęszczania moczu. Chory pozostaje przez 4 godziny na suchej diecie (jaja, ser, chleb), i znów bada się ilość, oraz oznacza się ciężar gatunkowy oddanego moczu. Osobnik zdrowy oddaje małe ilości moczu o coraz wyższym ciężarze gatunkowym, dochodzącym od 1020—1030 — podczas gdy osobnik chory oddaje mocz o ciężarze gatunkowym 1015—1017, z czego wnosić możemy o poważnem schorzeniu nerek. Niedostateczną zdolność zagęszczania i rozwadniania moczu określają Niemcy jako t. zw. „Nierenstrarre" i twierdzą, że rokowanie w tych przypadkach jest niepomyślne.

Próba ta oddaje nam niekiedy dobre wskazówki co do dalszego postępowania, lecz, jak słusznie zaznacza Norgaard 20) nie jest ona badaniem czynności nerek, ale czynności całego organizmu, to też znaczenie jej w badaniu czynnościowem nerek przy schorzeniach chirurgicznych jest przecenione.

Do metod, określających stan nerek należy również obserwowanie wydzielania *błękitu metylenowego,* używane często na klinikach wewnętrznych, dla chirurga nie posiadające jednakowoż większego znaczenia.

W ostatnich czasach stwierdził Brunn 21), że wstrzyknięcie *pituitryny* powoduje wydzielanie przez zdrową nerkę moczu wysoko stężonego, wobec czego Brunn 21) proponuje zastąpienie tym sposobem badania wykonywanie próby Vollharda — jako sposobem prostszym i krócej trwającym.

Najważniejsze dane rozpoznawcze, oraz najpewniejsze wskazania co do dalszego zachowania się w przypadkach schorzeń chirurgicznych dają nam *metody badań bezpośrednich, gdzie badamy czynność każdej nerki z osobna,* zbierając z nich mocz cewnikami moczowodowemi.

Podstawą tych badań stał się ustalony w roku 1893 przez Sutera i Mayera 11) fakt (w przypadku *ectopia vesicae), że obie nerki w tym samym czasie wydzielają takie same ilości moczu, o takiej samej zawartości mocznika i kwasu fosforowego.*

Podobnie jak mocznik i kwas fosforowy zachowują się i inne substancje (chlorki, kwas moczowy, kwas hippurowy i t. d.) — również w równych ilościach przez obie zdrowe nerki i w tym samym mniejwięcej czasie zostają wydzielane środki sztucznie do organizmu wprowadzone — co zostało wielokrotnie i zupełnie pewnie stwierdzone.

Najpewniej więc przekonać się możemy o tem, po której stronie jest siedziba schorzenia a co najważniejsze o wydolności

nerki zdrowej, i chorej, po zasondowaniu moczowodów i zbadaniu moczu przez jedną i drugą nerkę wydzielonego.

Już sam wygląd moczu uzyskanego z obu nerek cewnikami moczowodowemi może nam dać pojęcie o charakterze i umiejscowieniu schorzenia (mocz krwawy, ropa, czysta krew). Po zebraniu pierwszych 1—2 cm.³ moczu z obu nerek, co trwa zwykle parę minut, te pierwsze porcje oddajemy do badania histo-bakterjologicznego — albowiem w późniejszych porcjach znajdujemy już zwykle większe, lub mniejsze ilości krwinek, których obecność powoduje podrażnienie śluzówki moczowodu dłuższy czas spoczywającemi tam cewnikami. Podrażnienie śluzówki powoduje diapedezę krwinek.

Badanie histo-bakterjologiczne, niezmiernie ważne, musi być nadzwyczaj dokładnie wykonane. Jak wiadomo w moczu prawidłowym znajdują się nieliczne, pojedyncze ciałka białe, nie znajdujemy zaś nigdzie krwinek. Jeżeli w moczu stwierdzamy obecność większej ilości ciałek białych świadczy to o procesie zapalnym, toczącym się w narządzie moczowym. Bardzo wielka ilość ciałek białych jest oznaką sprawy ropnej. Preparat rozciągany barwiony w taki sam sposób, jak się barwi krew (Giemsa) pokaże nam jakiego rodzaju są ciałka białe czy wielojądrzaste, czy też w przeważnej ilości limfocyty (gruźlica).

Zwrócić następnie trzeba uwagę na to jak wyglądają ciałka białe — czy są pojedyncze, czy też zbite w grudki, czy są świeże — czy zmienione. Pamiętać zawsze trzeba o tem, że w moczu prawidłowym spotykamy niewielką ilość ciałek białych, są one niezmienione i pojedyncze — niezbite w grudki.

Jeżeli w moczu jest domieszka krwi, znajdujemy poza krwinkami także i większą ilość ciałek białych — zwrócić jednak wówczas należy uwagę na stosunek ilościowy ciałek białych do czerwonych, który powinien być taki sam, jak we krwi mniejwięcej t. j. jak 1:750 (Marion 2). Jeżeli ilość ciałek białych jest większa t. zn. jest ich znacznie więcej, jak 1 na 750 ciałek czerwonych wskazuje to obecność ropy w moczu (Marion).

Obecność zmienionych limfocytów w kwaśnym moczu każe podejrzywać gruźlicę (Colombino).

Ważnem jest stwierdzenie wałeczków ziarnistych, ich obecność zwraca naszą uwagę na istniejący proces zapalny w nerce, którą uważaliśmy za zdrową. Obecność kryształków kwasu moczowego, moczanów, szczawianów i fosforanów niema wielkiego znaczenia.

W dalszym ciągu badania niezmiernie ważnem jest badanie bakterjologiczne; do reguły powinno należeć zabarwienie preparatu metodą Grama, Ziehl-Nielsena, oraz zaszczepienie na pożywce.

Brak wszelkich drobnoustrojów przy obecności wielkiej liczby ciałek białych kieruje podejrzenia nasze na gruźlicę.

Bardzo dokładnie powinny być wykonane poszukiwania za prątkami Kocha. Nie chcę się rozwodzić nad sposobami przeprowadzania badań bakterjologicznych w tym kierunku, muszę jednak stwierdzić, że sposoby dotychczas używane nie są zadawalniające, szczepienie zaś moczem świnek morskich jest o tyle niedogodnem, że wynik badania otrzymujemy najprędzej po 6-ciu tygodniach, przyczem powinno się szczepić zawsze parę świnek morskich porcjami moczu w różnych porach dnia zebranego. W ostatnich czasach podano liczne sposoby, mające na celu uczynić te badania dokładniejszemi; niektórzy autorowie chlubią się, że w przypadkach gruźlicy narządu moczowego udało im się wykrywać prątki w 80—90% przypadków.

Najważniejsze badanie, bo dające nam pojęcie o wydolności każdej nerki z osobna polega na zebraniu pewnej ilości moczu osobno z obu nerek i porównaniu ilościowem substancyj przez nich wydzielanych, bądź to fizjologicznie t. j. w warunkach prawidłowych, bądź to substancyj w sposób do ustroju wprowadzonych.

Najprostszym sposobem takiego badania jest obliczenie i porównanie ciężaru gatunkowego, oraz ilości wydzielanych mocznika i chlorków w moczu nerki jednej i drugiej.

Nerka, dotknięta schorzeniem zwykle wydziela w tym samym czasie mocz o mniejszym ciężarze gatunkowym i o mniejszej ilości chlorków i mocznika, niż nerka zdrowa, czynnościowo pracująca bez zarzutu, a często będąca już w okresie zastępczego przerostu. Im więcej zniszczoną jest jedna nerka, a im lepiej wydziela druga nerka — tem wyraźniej wystąpią różnice przy tym sposobie badania; przy schorzeniach początkowych (n. p. przy początkowej gruźlicy) różnice w wydolności obu nerek mogą być bardzo nieznaczne, albo żadne.

Różnice w wartości czynnościowej nerek możemy również określić za pomocą kryoskopji moczu. Wyniki uzyskane przy badaniu mają tu tylko wartość porównawczą, albowiem wahania punktu zamarzania moczu w stanie prawidłowym są znaczne (mocz zamarza przy — 0'5⁰ do — 2⁰.

Sposobem badania bardzo wyraźnie okazującym stan każdej nerki z osobna, jakkolwiek nieco uciążliwym dla chorego, jest badanie wywołanej t. z. *poliurji doświadczalnej Albarrana*. Po zasondowaniu obu moczowodów i umieszczeniu cewnika w pęcherzu dla kontroli czy mocz nie spływa obok cewników moczowodowych, zbiera się mocz przez pół godziny do kolbek, po upływie tego czasu kolbki się zmienia, chory zaś wypija 3 szklanki wody (około 750 cm.³) poczem dalej zbiera się mocz przez półtora godziny — zmieniając kolbki co pół godziny. W każdej porcji oblicza się ilość moczu, jego ciężar gatunkowy, oraz ilości wydzielanych chlorków i mocznika. *Nerka zdrowa wydziela większą ilość mocznika podczas poliurji* (procentowo ilość się zmniejsza, albowiem nerka wydziela mocz rozcieńczony) — nerka chora nie wzmaga ilości wydzielonego mocznika w okresie poliurji, w porównaniu z ilością, wydzieloną przed podaniem wody, lub zwiększa ją nieznacznie. Albarran ujął wydolność nerki w cyfry następujące: Nerka zdrowa wydziela 10—20 gramów mocznika na litr moczu. Jeżeli nerka u dorosłego wydziela 1,20—1,80 grama mocznika (u kobiety 0'90—1) w dwu godzinach, należy ją uważać za dostatecznie pracującą dla zaspokojenia potrzeb organizmu — przy ilościach 0'75—1 grama stan wydolności nerki jest średni, poniżej cyfry 0'75 nerkę uważać należy za źle funkcjonującą.

Albarran wykazał, że nie wystarcza obliczyć mocznik i chlorki w moczu procentowo, ale trzeba przy badaniu czynnościowem nerek obliczyć także je ilościowo *(quantité réelle éliminée)*.

Podano znaczną ilość sposobów oznaczania wydolności nerek przy pomocy czynników sztucznie do organizmu wprowadzonych.

Zdarza się często, że proces chorobowy uszkadza różne odcinki narządu wydzielniczego nerki w nierównomierny sposób — tem tłumaczy Kasper 4), fakt, że nerka chora różne ciała nierównomiernie wydziela, jedne n. p. prawie zupełnie prawidłowo, inne ze znacznem opóźnieniem i w mniejszej, niż nerka zdrowa ilości. Dlatego też przez doprowadzenie różnych ciał chemicznych do organizmu usiłowano obraz niedomogi nerki i stopień jej schorzenia jak najdokładniej przedstawić przez określenie wydzielanej ilości różnych czynników.

Kasper 4) jest wielkim zwolennikiem florydzyny 42), glikozydu wprowadzonego we Francji przez Acharda 46), w Niemczech przez Mehringa, który działa w ten sposób na miąższ nerkowy, że pobudza go do wydzielania cukru. Kasper wstrzykuje 0'01 florydzyny śródmięśniowo i oblicza potem ilość wydzielonego przez daną nerkę cukru.

Kingsbury 25) poleca od 20-tu lat przez niego używaną próbę, polegającą na obliczaniu kwasu hippurowego w moczu. Kingsbury podaje choremu wewnętrznie 2'4 grama bedźwinianu sodowego w 100 cm.³ wody, szklankę płucze się jeszcze 200 cm.³ wody, które chory wypija; w 2 do 3 godziny potem zbiera się mocz i oznacza się ilości kwasu hippurowego.

Rehn 23) wykorzystał w badaniu czynnościowem znany fakt, że przy zdrowych nerkach reakcja moczu szybko się zmienia zależnie od pożywienia. U człowieka normalnego mocz w nocy i mocz ranny jest kwaśny, w ciągu dnia zaś zmienia swą reakcję zależnie od przyjmowanych pokarmów. Rehn podaje dwie godziny przed badaniem 20 cm.³ rozcieńczonego kwasu solnego wewnętrznie; po zasondowaniu moczowodów zbiera nieco moczu z każdej nerki i wstrzykuje śródżylnie 50 cm.³ 4-%-owego roztworu dwuweglanu sodowego — poczem zmiana reakcji moczu występuje po kilku minutach; ze szybkości z jaką następuje zmiana stężenia jonów wodorowych w moczu jednej i drugiej nerki wyciąga Rehn wniosek co do ich wartości czynnościowej. Próba ta polega właściwie na tej samej właściwości nerek, co próba Albarrana, a mianowicie na mniejszej, lub większej zdolności przystosowania się mniej, lub więcej zdrowego miąższu nerkowego do warunków, w jakich znajduje się organizm — ma jednak tę zaletę, że trwa znacznie krócej, niż próba Albarrana.

W ostatnich czasach Nyiri 29) poleca użycie do badania czynnościowego nerek *tiosiarczanu sodowego.* Nyiri 32) wstrzykuje dożylnie 10 cm³ 10%-owego roztworu tiosiarczanu sodowego (1 gram) —60 — 70% tego środka przemienia się w siarczan sodowy, którego największa ilość wydziela się w pierwszej godzinie po wstrzyknięciu, mniej w drugiej, ślady w trzeciej. By badanie to uczynić jeszcze dokładniejszem, w najnowszej swej pracy poleca Nyiri uzupełnić je badaniem nad wydzielaniem jodku sodowego, który wstrzykuje również dożylnie (10 cm.³ 10%-owego roztworu NaJ).

Ehrlich próbował do tych celów zastosować *uraninę (fluresceinnatrium).* Po podaniu 1 grama uraniny we filiżance herbaty występuje po 10 minutach w moczu wyraźna fluorescencja, która po 40 minutach znika — próba ta nie znalazła uznania jako mało pewna i dokładna.

Cabrest 34) poleca próbę mocznikową Macleana 35), polegającą na podaniu 10-ciu gramów mocznika i obliczaniu potem jego ilości w moczu.

Strachstein 38) poleca wstrzyknięcie dożylne 1 gr. *salicylanu sodu* rozpuszczonego w 5-ciu cm.³ wody; po dwu minutach można obserwować wydzielanie się salicylu w moczu; trzeba dodać do moczu 1%-owy roztwór chlorku żelaza, a wówczas wydzielony salicyl przybiera barwę fioletową.

Jeanbeau i Christol 39) naśladując Rehna podają choremu *kwas fosforowy*, poczem szybko wzrasta ilość amoniaku w moczu. Jeżeli jedna nerka jest chora — występuje zwiększona ilość amoniaku tylko po stronie zdrowej, jeżeli są chore obie nerki ilość amoniaku w moczu wcale się nie zwiększa, lub zwiększa się niewiele zależnie od stopnia ich schorzenia. Autorowie ci stwierdzili, że stężenie jonów wodorowych w moczu zbliża się tem bardziej do cyfry stężenia ich we krwi — im bardziej uszkodzony jest miąższ nerkowy. Gdy obie nerki są zdrowe stężenie jonów wodorowych silnie się zwiększa po podaniu kwasu fosforowego i jest w moczu z obu nerek równie wysokie. Przy schorzeniu jednej nerki, dana nerka reaguje źle i w czasie późniejszym niż zdrowa.

Ockerblad 40) poleca badania nad wydzielaniem *kreatyniny*. Major i Ralph 41) polecają wstrzyknięcie 0'25 grama kreatyniny dożylnie lub 0'50 domięśniowo i obliczanie jej w moczu.

Celem ocenienia wydolności każdej nerki z osobna w tych przypadkach, gdzie uzyskana ilość moczu za pomocą cewnika moczowodowego jest bardzo małą podał Pregl 43) sposób polegający na obliczeniu w moczu uzyskanym z każdej nerki osobno:

1) wydzielonej ilości ciał nieorganicznych w miligramach.
2) absolutnej ilości ciał nieorganicznych w miligramach
3) absolutnej ilości ciał organicznych w miligramach.

Sposób Pregla zachwala Haberer 44), który na podstawie badań przeprowadzonych przez Pregla wykonał ponad 100 zabiegów, Ody 45) znów twierdzi, że sposób ten jest niedokładny, jedyną zaś zaletą jego jest to, że Pregl nauczył nas mierzyć stężenie moczu w tak małych ilościach, w jakich dotychczas mierzenie się nie udawało.

Bardziej praktyczną okazała się metoda Loewenhardta, polegająca na określaniu zdolności przewodzenia przez mocz prądu elektrycznego. Loewenhardt oparł się na prawie fizycznem, które powiada, że ilość jonów w danej cieczy pozostaje w stosunku odwrotnym do oporu, jaki stawia ta ciecz prądowi elektrycznemu przez nią przechodzącemu.

Wohlgemuth starał się wykorzystać diastatyczne właściwości moczu i polecił *obliczanie ilości diastazy w moczu* — metodzie tej Ferrara i Manfredi 54) odmawiają zupełnie wartości.

Dok. nast.

---

Dr. Aleksander MARGOLIS, ord. oddz. wewn. Łódź.

## O czynności żołądka w okresach początkowych gruźlicy.

Z Powszechnego Szpitala Miejskiego na Radogoszczu w Łodzi.

Oddawna znany jest wpływ, jaki gruźlica wywiera na narząd pokarmowy wogóle na żołądek w szczególe. I to nie tylko w przypadkach, w których punktem wtargnięcia gruźlicy był przewód pokarmowy. Wręcz przeciwnie: pierwotne zmiany gruźlicze w migdałkach, jelitach, gruczołach krezkowych przebiegają przeważnie skrycie (H e r z 1). Objawy wtórne natomiast przy gruźlicy płucnej występują często tak wcześnie i w obrazie klinicznym o tyle przeważają, że zasłaniają chorobę podstawową, tworząc postać kliniczną, przez J a n o w s k i e g o 2) nazwaną postacią pseudodyspeptyczną gruźlicy, przez N e u m a n a 3) — maską dyspeptyczną gruźlicy. Bardzo często właśnie zaburzenia żołądkowe prowadzą chorego gruźliczego do lekarza.

Nie są to swoiste schorzenia gruźlicze żołądka w postaci jakiegoś wrzodu gruźliczego, gruzełka, gruźliczego zwężenia odźwiernika; te bowiem cierpienia nie należą do postaci często spotykanych. Nie są to również schorzenia — aczkolwiek charakteru nieswoistego — lecz występujące w gruźlicy płuc rozwiniętej, przy suchotach płuc — na skutek szeregu przyczyn wtórnych, jak połykanie plwocin, ogólnego wyniszczenia ustroju, daleko posuniętej niedokrwistości, zaburzeń w obiegu krwi, wreszcie skrobiawicy. Wszystkie te przyczyny powodują przewlekły nieżyt śluzówki żołądka, zanik jego czynnych gruczołów ze wszelkiemi z tego wynikającemi następstwami. Nie o podobnych zaburzeniach mowa w początkowych okresach gruźlicy, kiedy nie istnieją jeszcze wymienione przyczyny wtórne, kiedy trudno jest jeszcze mówić o ogólnem zatruciu ustroju, kiedy to właśnie zaburzenie żołądkowe nieraz występują jako pewny niemal objaw, jako zespół określony przez M a r f a n a 4) 5) mianem: *„syndrome gastrique initial“*.

Najbardziej charakterystycznym w zespole objawów t. zw. niestrawności gruźliczej jest utrata łaknienia. Objaw ten jest tak pospolity, że należy niemal do każdej historji choroby gruźlika. P i e r y 6) powiada: anorrhexia jest w gruźlicy płuc objawem początkowym tak wczesnym i tak pewnym, że posiada wartość równorzędną ze stanem podgorączkowym, chudnięciem, potami nocnemi i t. p. Podobnie pisze M a r f a n 4): „dyspepsja występuje jednocześnie z pierwszemi objawami schorzenia płucnego. W pierwszym zaś rzędzie zanika łaknienie“.

Prócz utraty łaknienia do zespołu dyspeptycznego gruźlików należą: uczucie pełni po jedzeniu; gniecenie w żołądku; bóle w okolicy żołądka o rozmaitem natężeniu, od ściskania do bólu napadowego; mdłości; odbijania. Objawy te występują bardzo nieregularnie, symulując nerwicę żołądka. Z tem też rozpoznaniem chory wędruje nieraz szereg miesięcy, nawet lat, od lekarza do lekarza, aż wreszcie na plan pierwszy wystąpią wyraźne objawy gruźlicy płuc.

Na czem polega „niestrawność“ gruźlików, gdzie szukać jej podłoża fizjologicznego?

Zagadnienie to posiada znaczenie teoretyczne i rozpoznawcze. Ale niestrawność w obrazie klinicznym gruźlicy odgrywa też niepoślednią rolę praktyczną, gdyż objawy jej — a szczególnie zanik łaknienia — uniemożliwiają odżywianie chorego i wyczerpują ustrój.

Poddamy analizie przedewszystkiem najbardziej wybitnie występujący objaw, jakim jest zanik łaknienia.

Zagadnienie fizjologji łaknienia jest bardzo zawikłane i nie jest całkowicie w chwili obecnej rozwiązane. W ogólnych zarysach przedstawia się ono w myśl nowszych badań (M ü l l e r 7) w sposób następujący:

Ostatnią przyczyną powstawania uczucia głodu jest brak we krwi ciał odżywczych, mających ulec dalszemu rozkładowi. Brak ciał tych oddziaływa na środki w śródmózgowiu — w III komorze. Pobudzenie to przekazywane zostaje jądrom trzewiowym n. błędnego na dnie IV komory. Stad drogą n. błędnego pobudzona zostaje mięśniówka żołądka do wykonywania skurczów. Skurcze w czczym żołądku, towarzyszące uczuciu głodu, stwierdzone przez B o ł d y r e f a i C a n n o n a, oddziaływują drogą nerwową czuciową na korę mózgową, gdzie zostają jako głód wzgl. apetyt uświadomione. Zagadnienie wiec apetytu przedstawia się jako odruch warunkowy o dość powikłanym przebiegu. W łańcuchu tego odruchu mamy następujące ogniwa:

1) skład krwi; 2) ośrodki nerwowe roślinne; 3) mięśniówka żołądka i jej unerwienie; 4) ośrodki korowe.

Porażenie lub zboczenia w każdem z tych ognisk powodują zboczenia łaknienia.

Zawartość we krwi nienormalnych przetworów rozpadu tkanki może pod tym względem zastąpić zawartość składników odżywczych i przyczynić się do zaniku łaknienia. W ten sposób ujmujemy brak łaknienia w chorobach rozpadowych (rak, rozpadowa gruźlica). Czynnik ten nie może odgrywać roli w zaniku apetytu przy gruźlicy początkowej, kiedy o większym stopniu rozpadu mowy jeszcze być nie może.

Schorzenie ośrodków korowych prowadzić może do zboczeń uczucia łaknienia, jak to się często u chorych umysłowych widzi. I ten czynnik jednak w przeważającej części chorych na gruźlicę początkową w rachubę nie wchodzi, zarówno jak i schorzenia ośrodków IV komory.

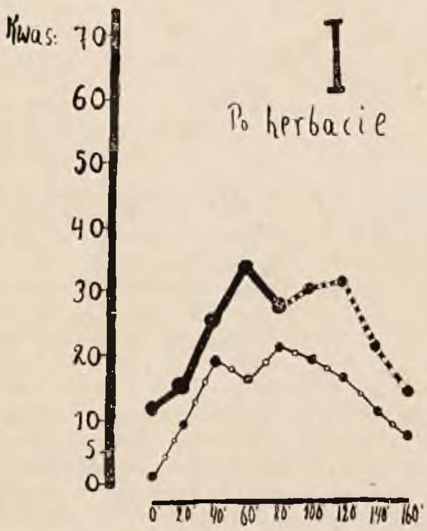
Pozostaje więc zwrócić uwagę na sam żołądek, na stan jego mięśniówki, jego unerwienia. To co się tam stwierdza tłumaczy nie tylko zanik łaknienia, lecz i inne dolegliwości dyspeptyczne, o których mowa. Wobec tego, że badania patologo-anatomiczne zmian w mięśniówce przy gruźlicy początkowej nie wykazały, należy a priori przypuścić, że czynnikiem decydującym jest unerwienie żołądka.

Badania czynności żołądka przy gruźlicy płuc prowadzone są oddawna (K l e m p e r e r 8), B r i e g e r 9), M a r f a n 4) 5), H i l d e b r a n d 10), I m m e r m a n 11), D ł u s k i i M a j e w i c z 12), P o t a i n 13), R e i t l e r 14), S i n g e r 15), E c h e v e r i n M a r t i n e z 16), D e l h o u g n e 17). Badana była czynność zarówno ruchowa jak i chemizm. O ile o czynności ruchowej większość badaczy jest zgodna w stwierdzaniu mniej lub więcej znacznego upośledzenia tej czynności, w twierdzeniu, iż żołądek opróżnia się wolniej, aniżeli normalnie, o tyle rozbieżne są poglądy na chemizm żołądka. M a r f a n wśród 22 chorych stwierdził u 14 (czyli w 64%) podkwasowość, natomiast du P a s q u i e r wśród 48 chorych u 33 (=68%) — nadkwasowość. E c h e v e n i r M a r t i n e z twierdzi, że niestrawność gruźlików początkowo ma cechy nadkwaśnej, stopniowo przechodzi w podkwaśną, by wreszcie wytworzył się nieżyt zanikowy i zwyrodnienie skrobiowate. Według tego autora są więc zmiany żołądkowe okresów końcowych gruźli-

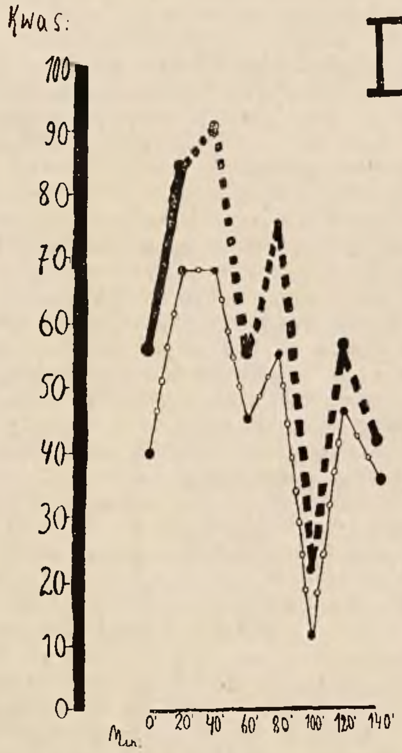
cy dalszym ciągiem zespołu dyspeptycznego okresu początkowego.

Wszystkie te badania z wyjątkiem badań Delhougue'a dokonywane były metodą Boas-Ewalda, t. zn. polegały na jednorazowem badaniu treści żołądkowej po śniadaniu próbnem.

Aby utrzymać obraz żołądka przy gruźlicy zastosowałem metodę frakcjonowanego badania treści żołądkowej po podaniu herbaty zabarwionej kilkoma kroplami błękitu metylenowego. Otrzy-



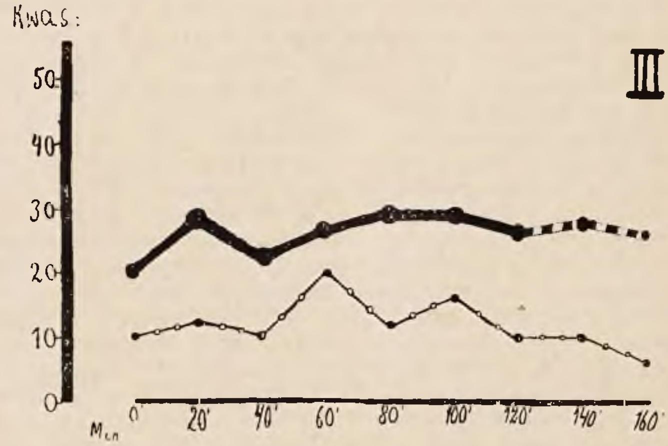

mane krzywe wydzielania żołądkowego zaliczyłem do typów, jakie wyodrębniłem i podałem w swej pracy: „O typach wydzielania żołądkowego" 18). Odróżniam mianowicie trzy zasadnicze typy: 1) typ normalny (krzywa I), 2) typ hipertoniczny (krzywa II) — o szybkiem wzniesieniu się krzywej i szybkiem opuszczeniu żołądka przez herbatę i 3) typ hipotoniczny (krzywa III) o bardzo powolnem wzniesieniu się krzywej, długiem jej pozostawaniu na jednym — przeważnie niskim — poziomie i bardzo długiem pozostawaniu herbaty w żołądku.




Wyjaśnienie do krzywych:

Linja górna (gruba) — ogólna kwasota. Linja dolna (cienka) — kwas solny wolny. Chwilę odbarwienia zaznacza punkt po którym linja górna staje się przerywaną.

O ile typ hipertoniczny można nazwać wagalnym gdyż n. błędny jest nerwem pobudzającym zarówno napięcie — tonus — ścianki żołądka, jak i perystaltykę i czynność wydzielniczą jego gruczołów, o tyle typ hipotoniczny jest typem sympatykotonicznym, gdyż n. współczulny jest nerwem hamującym wszystkie wymienione czynności. Typ ten towarzyszy wszelkim stanom sympatykotonicznym i jest wyrazem fizjologicznym obrazu klinicznego, który określamy jako wiotkość — atonia — żołądka. Nerw współczulny hamuje nie tylko napięcie ścianek żołądka, ale też i włókien mięśniowych gładkich, zawartych w więzach trzewiów, przez co powoduje ich zwisanie — t. zn. enteroptozę, dając obraz postaci Stillera lub choroby Glenarda.




Pod tym kątem widzenia poddałem rozbiorowi otrzymane przy naszych badaniach *) krzywe wydzielania żołądkowego.

Wszystkich chorych zbadanych w tym kierunku było 29. Z tej liczby na gruźlicę ściśle początkową 22, na gruźlicę rozwiniętą — 7.

Otóż w grupie I (gruźlica początkowa) krzywa wydzielania żołądkowego wypadła:

normalnie w 2 przypadkach czyli 9%
hipertonicznie w 5 przypadkach 22%
hipotonicznie w 15 przypadkach 69%

W grupie II (gruźlica rozwinięta):

normalnie w 2 przypadkach czyli 28.5%
hipertonicznie w 2 przypadkach czyli 28.5%
hipotonicznie w 3 przypadkach czyli 43%

Chcę tu zaraz zaznaczyć że pomiędzy krzywą hipotoniczną grupy II a takąż krzywą grupy I istnieje pewna zasadnicza różnica. W grupie II krzywa wykazuje powolne wznoszenie się i pozostaje na niskim poziomie wykazuje natomiast szybkie odbarwienie, co znaczy, że herbata szybko opuszcza żołądek. Ten rodzaj krzywej widzimy w zwykłej achylji, kiedy przy względnie dobrem napięciu ścianki żołądka, dzięki zmniejszonej kwasowości zawartości — odźwiernik pozostaje rozwarty i treść szybko opuszcza żołądek. Nie jest to więc krzywa hipotoniczna we właściwem znaczeniu, lecz tylko krzywa świadcząca o zmniejszonej kwasowości. Mamy więc w tych przypadkach gruźlicy rozwiniętej nie tyle do czynienia z niewydolnością ogólną żołądka, ale z zanikiem tylko aparatu wydzielniczego, co może być skutkiem nieżytu śluzówki pod wpływem toksycznym gruźlicy lub innych jej towarzyszących zmian. o których mowa była wyżej.

W grupie I natomiast w gruźlicy początkowej, mamy w blisko 70% przypadków czystą hipotonję czyli sympatykotonję żołądka.

Czy wystarcza ona, aby wytłumaczyć objawy dyspeptyczne, na które cierpi chory na gruźlicę początkową?

Jak powiedziałem, jednym z warunków powstania apetytu jest dobrze funkcjonująca męśniówka żołądka. Otóż, o ile mięśniówka ta jest niezdolna lub małozdolna do wykonywania ruchów głodowych, to nawet przy współistnieniu wszystkich innych warunków odruch, jakim jest apetyt — w ostatniej swej fazie zostanie zahamowany, jak niknie odruch kolanowy przy zaniku mięśni lub ścięgien.

Zanik więc łaknienia jest dostatecznie wytłumaczony. Ale i inne objawy znajdują wystarczającą podstawę teoretyczną. Uczucie ciężaru po jedzeniu, odbijanie itp. są zwykłemi objawami atonji żołądka. Nawet bóle skurczowe, nieraz występujące w kilka godzin po jedzeniu i przypominające bóle przy wrzodzie żołądka, mogą znaleść wytłumaczenie, gdyż, jak wiemy, n. współczulny, hamując całą mięśniówkę żołądka, powoduje skurcz samego oddźwiernika. Anormalne napięcie n. współczulnego powoduje wznowione bolesne skurcze oddźwiernika, podobnie jak takież napięcie n. błędnego powoduje wznowione skurcze części przedoddźwiernikowej.

---

*) Większości tych badań dokonał Dr. Gutman, któremu składam podziękowanie.

Patogenezę więc dyspepsji gruźliczej stanowi sympatykotonja. Leb 19), który spostrzegł roentgenologicznie atonję żołądka przy schorzeniach płuc, kładzie ją na karb powiększonych gruczołów w śródpiersiu: uciskając na nerwy, oddziaływują w ten sposób na napięcie żołądka. Nie mam pod tym względem doświadczenia własnego, lecz a priori uogólnienie tego procesu, który w poszczególnych przypadkach może zachodzić, wydaje się zbyt ryzykownem. Trudno sobie wyobrazić, by kilka gruczołów zwapniałych, nie grających klinicznie roli — a o takich właśnie mówi Leb — tak bardzo zwężały śródpiersie i wywierały ucisk na n. błędne. Tem bardziej, że ucisk ten powinien być obustronny, gdyż doświadczalne przecięcie jednego n. błędnego większych zaburzeń czynnościowych nie powoduje.

Istnieją przypadki, w których często anatomiczne schorzenie n. błędnych powoduje stan patologiczny żołądka. Ogniska w dolnych odcinkach płuc, pociągają za sobą — jak wskazał Neumann 3) i Rennen 20) — stany zapalne w opłucnej przeponowej, udzielające sie nerwom błędnym w otworze przeponowym, przez który te nerwy przebiegają. Podobne neuryty w okresie pobudzenia powodują stan wagotoniczny żołądka i mogą się nawet przyczynić do powstania wrzodu żołądka. Ten sam zespół powodować może kurcząca sie opłucna, pociągając za n. błędny w jego łożysku. Do tej kategorji należy część naszych przypadków z krzywą wagotoniczną. Są to jednak przypadki mniej należące do postaci klinicznej gruźlicy ściśle początkowej. W tej ostatniej dominuje sympatykotonja.

Nie mamy potrzeby doszukiwania się w tem zmian anatomicznych w układzie nerwowym. Zupełnie wyjaśnia sprawę sympatykotonja czynnościowa, powodowana przez samą gruźlicę w sensie nadanym temu zagadnieniu przez Sterlinga 21). Nie będę tu wchodził w rozważanie, czy mamy w sympatykotonji do czynienia z obroną ustroju za pośrednictwem wzmożonego napięcia n. współczulnego, jak chce Sterling, czy też z porażeniem n. błędnego, który w stworzonej przez gruźlicę allergji wegetatywnej według Gutha 22) pierwszy zostaje porażony. Wskażę tylko, że zmniejszony odsetek krzywych hipotonicznych w gruźlicy rozwiniętej przy jednoczesnem powiekszeniu krzywych hipertonicznych przemawia raczej za hipotezą Sterlinga.

We wszystkich naszych przypadkach były dokonane również próby układu roślinnego: próba Danielopolu przy pomocy dożylnego wstrzykiwania atropiny i próba adrenalinowa (podskórna).

Wyniki porównawcze badań moich chorych wykazuje następująca tablica:

| Krzywa | Krzywa żołądk. | Pr. Danielopolu | Pr. adrena |
|---|---|---|---|
| Wynik normalny | 9% | 28% | 5% |
| „ wagotoniczny | 22% | 36% | 14% |
| „ sympatykoton | 69% | 36% | 81% |

Wynik krzywej żołądka był identyczny z wynikiem próby Danielopolu w 67%, z wynikiem próby adrenalinowej w 82%.

Z zestawienia tego pozwoliłbym sobie też wyciągnąć wniosek uboczny. Badanie krzywej wydzielania żołądkowego może być użyte, jako probierz czynności układu roślinnego narówni z próbami Danielopolu i próbą adrenalinową. Z przytoczonych danych porównawczych wynika, że pod tym względem jest ona bliska próbie adrenalinowej i — o ile zgodzimy się na traktowanie ustroju gruźliczego jako sympatykotonicznego — jest ona pewniejsza, aniżeli próba Danielopolu.

**Piśmiennictwo.**

1) Herz: Die chron. Infektionskrankheiten in ihren Beziehungen zum Verdauungsapparat, 1914. — 2) Janowski: Zaburzenia żołądkowe i kiszkowe w najpierwszych okresach gruźlicy płuc. Medycyna 1907. — 3) Neumann: Die Klinik der beginnenden Tuberkulose Erwachsener. II. 1924. — 4) Marfan: Troubles et lesions gastriques de la phtisie pulmonaire, 1887. — 5) Marfan: Nouvelles recherches sur les troubles gastriques de la phtisis (Congr. tub. 1891). — 6) Piery: La tuberculose pulmonaire, 1910. — 7) Müller: Die Lebensnerven, 1924. — 8) Klemperer: Ueber die Dyspepsie der Phtisiker. (Berl. Kl. W. 1899, Nr. 42). — 9) Brieger: Ueber die Funktion des Magens bei Phtisis pulmonum. (D. Med. W. 1889), Nr. 14. — 10) Hildebrand: Zur Kenntnis der Magenverdauung bei Phtisikern. (D. Med. W. 1885, Nr. 14). — 11) Immerman: Ueber d. Funktion des Magens bei Phtisis. (Verh. d. Kongr. f. inn. Med. 1889). — 12) Dłuski et Majewicz: Les tuberculeux et leur estomac. (Pr. med. 1901. 23. III). — 13) Potain: Des accidents gastriques chez les tuberculeux. (Sem. med. 1895, Nr. 55). 14) Reitter: Vagoton. Magen und Tuberculose. (W. Kl. W. 1917, Nr. 20). — 15) Singer: Autonome u. veget. Magenstörungen und ihre Beziehungen zur Tuberculose. (W. Kl. W. 1917, Nr. 20). — 16) Echeverin Martinez: Troubles digestifs chez les tuberculeux. (Arch. esp. d. mal. d. v. dig. 1922, Nr. 6). — 17) Delhoune: Untersuchungen über d. Magensaftsekretion IV. (D. Arch. f. kl. Med. Bd. 150, 1926). — 18) Margolis: O typach wydzielania żołądkowego. (Pol. Arch. med. wewn. T. III, z 1. 1925). — 19) Leb: Eine durch Tuberkulose des Lungestieles bedingte Form der Magenatonie. (Münch. Med. W. 1924, Nr. 44). — 20) Rennen: Pleuritis und Magenschmerz. (Arch. f. Verdauungskr. 1921, z. 5-6). — 21) Sterling: Układ nerwów współczulnych a gruźlica. (Pol. arch. med. wewn. T. IV. z. 3. 1926). — 22) Guth: Vegetative Allergie. (Beitr. z. kl. d. Tuberk. Bd. 60, 1924).

---

## SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Władysław WRZEŚNIOWSKI. Częstochowa.

### Spostrzeżenia własne o leczeniu propidonem spraw ropnych *).

> „Nauka o odporności i uodpornianiu najeżona jest trudnościami, jeszcze pełna tajemnic i naraża nas na każdym kroku na ten zawód, że dzisiejsza prawda przestanie być nią jutro".
>
> *Louis Bazy.*

Osiągnąwszy dodatnie wyniki leczenia propidonem pewnych postaci zakażeń ropnych chcę podzielić się swojemi 4-ro letniemi spostrzeżeniami, mając na myśli głównie kolegów, osiadłych w małych środowiskach, gdzie lekarz musi leczyć wszystkie choroby i w najcięższych nawet przypadkach musi radzić sam sobie. Propidon właściwie zastosowany, może oddać duże usługi chorym tych właśnie lekarzy a jest to środek u nas w kraju mało używany.

Propidon czyli bulion Delbeta, wyrabiany przez firmę Spiess w Warszawie, jest identyczny ze szczepionką tej samej nazwy, wyrabianą przez „Les établissements Poulenc Frères" w Paryżu.

Propidon jest to „Stock-vaccin", po polsku szczepionka zapasowa, wyhodowana z jakiejkolwiekbądź hodowli danych drobnoustrojów, stanowiąca jakoby przeciwstawienie „auto-vaccin", po polsku szczepionki własnej, wyhodowanej z drobnoustrojów, wziętych z ogniska chorobowego danego osobnika.

Propidon jest szczepionką mieszaną, stanowiącą hodowlę bulionową paciorkowców, gronkowców i prętków błękitno-ropnych *(Bacillus pyocyaneus)*, wyjałowionych przez ogrzanie do 65 stopni C. Stosunek ilościowy wymienionych 3 gatunków drobnoustrojów jest stały, a mianowicie jedna dawka dla dorosłego człowieka, objętości 4 cent. sześć., zawiera 1 miljard 750 miljonów paciorkowców, 3 miljardy 300 miljonów gronkowców i 8 miljardów prętków błękitno-ropnych.

Celem leczenia propidonem jest powiększenie odporności chorego ustroju ludzkiego na zakażenie ropne. Należy tutaj wyraźnie podkreślić, że dążymy do „powiększenia odporności", a nie do uodpornienia zupełnego, gdyż znane dotychczas środki pozwalają jedynie na przemijające (nigdy stałe) powiększenie naturalne zdolności nabywania niezupełnej odporności na zakażenia ropne.

Każde zakażenie wywołuje w ustroju samoobronę przez wytwarzanie niweczników. Wszystkie szczepionki, a zatem i propidon, mają na celu pobudzenie ustroju do wzmożonego wytwarzania niweczników, zmuszają go do czynnej pracy w celach samoobrony, jest więc sposobem uodpornienia czynnego. Znamy też i uodpornienie bierne, polegające na wprowadzeniu do ustroju gotowych niweczników, wytworzonych pracą czynną innego ustroju, do uodpornienia biernego używa się surowicy koni, szczepionych odpowiedniemi zarazkami. Z tych 2 sposobów powiększenia odporności — czynnego i biernego, logicznie wynikają i wskazania do stosowania każdego z nich.

W przypadkach, gdzie wszystkie dane przemawiają za zachowaniem pewnego zasobu energji ustroju, w stanach niezbyt ciężkich, należy leczyć szczepionkami, dodając nowego bodźca do tworzenia niweczników, i wtedy można dawać pełne dawki szczepionki. Im stan jest cięższy, tem mniejsze dawki są dopuszczalne, czyli wielkość dawki musi być w stosunku odwrotnym do ciężkości zakażenia. Należy zaznaczyć, że umiejętne dawkowanie ma pierwszorzędne znaczenie w tym sposobie leczenia.

Wreszcie w stanach bardzo ciężkich używanie szczepionek jest zupełnie przeciwwskazane, ponieważ wysiłek ustroju w wytwarzaniu niweczników doszedł do najwyższego napięcia, dodanie więc nowego bodźca w tym kierunku pobudza ustrój do przekroczenia ostatecznej granicy zdolności obronnej i wywołuje „fa-

---

*) Referat, wygłoszony na I Zjeździe Lekarzy Polaków na Śląsku w Katowicach dnia 23—26 września 1926 r.

zę ujemną Wright'a", zmniejszenie odporności. W tych przypadkach bardzo ciężkich wskazane jest leczenie surowicą, dającą choremu gotowe niweczniki, wytworzone w innym ustroju, i nie zmuszające go do żadnej nowej pracy. Surowica jest odpowiednia w przypadkach nagłych. Należy jej używać w sposób następujący:

1. W celu osiągnięcia działania szybkiego należy ją wstrzykiwać dożylnie.

2. Należy wstrzykiwać odrazu dużo, najmniej 100 cent. sześc., ponieważ: a) surowica rozcieńcza się zaraz wielką ilością krwi w naczyniach, b) jako białko obce ulega szybkiemu wydzielaniu wraz ze znaczną ilością niweczników i c) należy unikać powtórnych wstrzykiwań ze względu na możliwość wywołania wstrząsu anafilaktycznego i czynności przeciwsurowiczej.

3. Wobec bardzo nieznacznego i powolnego przesiąkania surowicy do cieczy wodnej oka, płynu mózgo-rdzeniowego i mazi stawowej należy, w razie zakażenia tych jam, stosować surowicę ogniskowo — wstrzykiwać wprost w zakażone jamy.

Wreszcie należy wziąć pod uwagę, że jeżeli siły obronne ustroju zostały już zupełnie wyczerpane, nie można spodziewać się wyniku dodatniego i po stosowaniu surowicy, gdyż jest ona środkiem, ułatwiającym walkę ustroju, a nie bezwzględnie zastępującym ją i zabijającym bezpośrednio zarazki.

Propidon wstrzykuje się śródmięśniowo. W objaśnieniu sposobu użycia, dołączonego do każdego pudełka z 3 ampułkami, podane są dawki w stosunku do wieku chorego oraz powiedziano, że należy wstrzykiwać co drugi dzień. To ryczałtowe wskazanie nasuwa pewne wątpliwości. Badania wskaźnika opsoninowego, prowadzone przez Wright'a, wykazały, że po wstrzyknięciu jakiejkolwiek szczepionki następuje naprzód zmniejszenie odporności, zwane przez niego fazą ujemną, które trwa rozmaicie długo, czasem jeszcze 2—3 doby po spadku ciepłoty, wywołanej wstrzyknięciem szczepionki. Potem dopiero następuje faza dodatnia, stopniowe zwiększanie się odporności. Otóż jeżeli będziemy wstrzykiwali dalsze dawki szczepionki w czasie fazy ujemnej, będziemy te fazy sumowali czyli wciąż zmniejszali odporność, należy więc następne wstrzyknięcia robić w okresie wzrastającej odporności. Opierając się na wynikach powyższych badań Wright'a, a nie mając możności sprawdzenia wskaźnika opsoninowego po każdem wstrzyknięciu szczepionki (dla braku odpowiedniej pracowni), przyjąłem zasadę wstrzykiwania propidonu w większych odstępach czasu, mianowicie na trzecią dobę po spadku podniesionej ciepłoty, wywołanej szczepionką, t. j. zwykle 5-go lub 6-go dnia po wstrzyknięciu.

Ilość potrzebnych wstrzyknięć bywa różna; w stanach ostrych 1 do 3, w przewlekłych więcej — dawałem po 10 i czasem więcej, lecz w większych odstępach czasu. W stanach ostrych wskazówki należy szukać w ognisku chorobowem: skoro naciek zapalny znacznie się zmniejszył, zbladł i przestał boleć lub skoro rozpuścił się w ropę lub wreszcie skoro z otwartego ogniska ropnego zamiast gęstej, zielonej ropy zaczyna wysączać się surowiczo-ropny płyn, ginie ból, zaczerwienienie i naciek, propidon podziałał dostatecznie i nie należy dawać go więcej. Wstrzykiwania śródmięśniowe najwygodniej jest robić w zewnętrzną część uda, gdyż znajduje się tam gruba warstwa mięśni bez większych pni nerwowych i naczyniowych. Wstrzyknięcie propidonu wywołuje trojakiego rodzaju odczyn: 1) ogólny w postaci dreszczów, gorączki i osłabienia. Dreszcze występują wkrótce i trwają od paru do kilkunastu godzin w różnem nasileniu. Podniesienie ciepłoty występuje niekiedy już w parę godzin, w innych przypadkach dopiero po upływie doby, czasem jeszcze później, i trwa od paru do 48 godzin, niekiedy dłużej nawet, jednem słowem niema w tem żadnej prawidłowości. Wysokość podniesienia ciepłoty sięga od paru dziesiątych do 40 z górą stopni. Osłabienie, rozbicie, bóle mięśniowe i t. zw. łamanie po kościach bywają też niejednakowego natężenia i trwają zwykle parę dni. Siła odczynu ogólnego nie jest wskaźnikiem skuteczności działania szczepionki, to znaczy, że szybkość i stopień poprawy nie stoi w prostym stosunku do nasilenia odczynu: po słabym odczynie może być szybka i znaczna poprawa i naodwrót. 2) Odczyn ogniskowy występuje wkrótce po wstrzyknięciu w postaci nagłego pogorszenia w ognisku chorobowem: ostry ból, obrzmienie, czasem zaczerwienienie, a jeżeli jest otwarte, to powiększenie wydzieliny. Objawy te są dowodem na korzyść fazy ujemnej Wright'a, czasowo zmniejszonej odporności. To pogorszenie trwa też rozmaicie długo. 3) Odczyn miejscowy w miejscu wstrzyknięcia występuje po kilku godzinach w postaci zaczerwienienia skóry, obrzmienia i nacieku skóry i tkanki podskórnej, bólu i bolesności na dotyk. Objawy te niekiedy mają dosyć duże natężenie i zmniejszając się stopniowo, trwają czasem około 10 dni.

Bordet w sposób następujący określa cel leczenia szczepionką: „Szczepienie ma na celu sztuczne wprowadzenie ustroju w stan podobny do tego, w jakim znajdowałby się po wyzdrowieniu z samoistnie przebytej danej choroby zakaźnej", czyli rozumie przez to ściśle swoiste (specyficzne) działanie szczepionki, nierozerwalnie związane z gatunkiem, nawet odmianą zawartych w niej drobnoustrojów. To proste pojęcie mylą liczne spostrzeżenia wyleczenia zakażeń wstrzykiwaniem białka obcego (peptonu, mleka, surowicy końskiej i t. p.) i wywołanego w ten sposób wstrząsu kolloidalnego (po polsku rozpyłkowego, jak proponuje W. Kopaczewski). Surowice lecznicze są końskie, szczepionki znów robią się z bulionowych hodowli drobnoustrojów, a więc jedne i drugie posiadają białko obce, zwane też nieswoistem, i wywołują także wstrząs kolloidalny. Jaka tedy część działania leczniczego szczepionki zależna jest od wpływu ciałka obcego, a jaka od wpływu zawartych w szczepionce właściwych drobnoustrojów, nie jest sprawą dokładnie i ostatecznie zbadaną i rozstrzygniętą.

Doświadczenie wykazuje, że działanie szczepionki jest szybsze i skuteczniejsze, niż białka obcego, i wywołuje bez porównania mniejszy wstrząs. Przed stosowaniem propidonu przez prawie 2 lata do leczenia zakażeń ropnych używałem białka obcego w postaci wyjałowionego mleka odtłuszczonego. Porównanie przemawia stanowczo na korzyść szczepionki z powodu prawie zupełnego braku wstrząsu i znacznie szybszej poprawy zarówno stanu ogólnego, jak i miejscowego. O ile mi wiadomo, nie została jeszcze ostatecznie rozstrzygnięta sprawa wyższości szczepionki własnej nad zapasową. Należy wreszcie wziąć pod uwagę, że szczepionka własna nie zawsze da się przygotować, np. w miejscowościach, gdzie ani na miejscu, ani w bliskości niema pracowni i wyszkolonego bakterjologa, kiedy chora niema środków na posłanie i opłacenie przygotowania szczepionki, kiedy materjał do szczepienia znajduje się w niedostępnem do wydobycia miejscu, jak w głębi jamy brzusznej, w czaszce, w jamie szpikowej itp.

A priori powinnoby się zdawać, że szczepionka przeciw zakażeniom ropnym musi działać jednakowo na wszystkie sprawy ropne bez względu na tkankę lub narząd, dotknięte tem zakażeniem. Tymczasem tak nie jest. Poniższe zestawienie wykazuje, że niektóre narządy i tkanki w stanie zakażenia ropnego bardzo szybko zwalczają to zakażenie z pomocą propidonu, inne zaś, dobrze z natury unaczynione, są jakby szczególnie mało wrażliwe lub nawet zupełnie niewrażliwe na działanie szczepionki, np. gruczoł mleczny. Nigdzie nie mogłem doszukać się wytłumaczenia tego zjawiska.

Osobiste doświadczenie moje opiera się na 376 chorych dorosłych i dzieciach, leczonych propidonem od 1 października 1922 r. do chwili obecnej. Pomijam leczonych w ten sposób chorych w praktyce prywatnej, gdyż nie są to spostrzeżenia dokładnie obserwowane. Po dodaniu tych byłoby przeszło 500 chorych i znacznie ponad 1500 wstrzyknięć propidonu.

Dane liczbowe co do poszczególnych chorób są następujące:

| | |
|---|---|
| 1. Zapalenie wyrostka robaczkowego z wysiękiem plastycznym, ostre i podostre | 92 |
| 2. Rozlane ostre zapalenie ropne otrzewnej | 23 |
| 3. Poporodowe i poporonieniowe zapalenie wysiękowe przymacicza | 31 |
| 4. Ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego | 6 |
| 5. Zakrzepowe zapalenie żył kończyn dolnych | 6 |
| 6. Ostre ropne zapalenie opłucnej | 23 |
| 7. Przetoki po ropnem zapaleniu opłucnej | 5 |
| 8. Ropne zapalenie sutka | 15 |
| 9. Wąglik czyli karbunkuł czyli wrzód karbunkułowy | 27 |
| 10. Czyraczność *(furunculosis)* | 22 |
| 11. Zapalenie naczyń chłonnych | 4 |
| 12. Zapalenie naczyń i gruczołów chłonnych | 12 |
| 13. Ropowica *(phlegmone)* | 18 |
| 14. Zastrzał *(panaritium)* | 6 |
| 15. Rany zakażone, pochodzenia urazowego | 12 |
| 16. Zapalenie ropne pochew ścięgnistych | 16 |
| 17. Zapalenie ropne stawów | 16 |
| 18. Zapalenie okostnej szczęki | 8 |
| 19. Zapalenie wyrostka sutkowego | 6 |
| 20. Zapalenie szpiku kostnego podostre | 10 |
| 21. Wznowa zapalenia szpiku kostnego | 13 |
| 22. Róża — nie liczona. | |

Wyniki leczenia:

1. Zapalenie wyrostka robaczkowego. Propidonem byli leczeni tylko chorzy z wysiękiem plastycznym. Leczenie polegało na śródmięśniowem wstrzykiwaniu propidonu, leżeniu, okładzie lodowym, diecie płynnej, bez stosowania narkotyków, z nielicznemi wyjątkami. Wysięk wsysał się szybko, tak, że często już po 2—3 tygodniach można było zakończyć leczenie usunięciem wyrostka na zimno, z zaszyciem powłok brzusznych. W paru przypadkach po zastosowaniu propidonu twardy wysięk

szybko rozpuścił się i utworzył się duży ropień, który trzeba było opróżnić.

Jest rzeczą charakterystyczną, że propidon sprowadza bardzo szybką i znaczną poprawę subjektywną. Zwykle już w kilkanaście godzin po wstrzyknięciu, czasem później, chory odczuwa odprężenie w brzuchu, określając, że „coś popuściło", potem następuje zmniejszenie bólu, znaczna poprawa samopoczucia, zjawia się apetyt.

W wysiękowem zapaleniu wyrostka propidon jest godnym polecenia środkiem, nie należy jednak rozumieć tego w ten sposób, że zamiast wczesnej operacji w ostrem zapaleniu, przed wytworzeniem się „plastronu", należy stosować propidon. Propidon jest wskazany tam, gdzie wczesna operacja nie została wykonana we właściwym czasie.

Muszę jeszcze wyjaśnić, z jakiego powodu miałem w leczeniu tak wielu chorych z zapaleniem wyrostka robaczkowego w okresie „plastronu". Jest to choroba pospolita tutaj. Przyjął się następujący sposób leczenia tej choroby. Naprzód leczy najbliższa rodzina środkami czyszczącemi, zwykle senesem, i gorącemi okładami, potem wzywają felczera, który stawia pijawki i kładzie lód, wreszcie przychodzi internista, leczący rozmaicie długo środkami wewnętrznemi. Kiedy wreszcie chory dostanie się w ręce chirurga, jest już dobrze „zaleczony".

2. W ostrem rozlanem zapaleniu otrzewnej w przypadkach zaniedbanych, przy znośnym stanie ogólnym, propidon w znacznej większości daje wprost zdumiewające wyniki. Czasem nawet w przypadkach pozornie beznadziejnych działanie propidonu opanowało zakażenie i chory szybko wyzdrowiał. Po jednej, czasem dopiero po 2 lub 3 dobach po wstrzyknięciu chory ma obfite wypróżnienia i oddawanie gazów, wymioty i czkawka ustają w kilkanaście godzin po zastosowaniu leku. Wolny płyn w jamie brzusznej wsysa się czasem już w ciągu doby, czasem po 2 lub 3 dobach, brzuch zapada się, znika *facies hyppocratica*, występuje dobra mina i chory skarży się na głód. Czasem sprawa jest bardziej uparta, płyn wchłania się powoli, trzeba wstrzyknąć 2 lub 3 dawki. Często w okolicy kątnicy pozostaje twardy, mniejszy lub większy wysięk, będący dowodem pochodzenia zapalenia otrzewnej do wyrostka. Początkowo otwierałem jamę brzuszną, sączkowałem ją gazą i jednocześnie wstrzykiwałem propidon. Co do zdrowienia były dobre wyniki, lecz gojenie trwało długo, a w następstwie występowały w bliźnie przepukliny, które trzeba było później operować; później zarzuciłem otwieranie jamy brzusznej. Streszczając powyższe, pozwalam sobie twierdzić, że propidonem można wyleczyć rozlane ropne zapalenie otrzewnej, nie uciekając się do żadnych innych zabiegów leczniczych. Nie stosowałem propidonu w zapaleniach otrzewnej, pochodzących z przedziurawienia trzew brzusznych zarówno urazowego jak i patologicznego (np. wrzód żołądka, zapalenie wyrostka robaczkowego i t. p.), gdyż nie można spodziewać się pomyślnego działania szczepionki tam, gdzie ciecz zakażająca wciąż płynie do jamy otrzewnej. W tych przypadkach propidon jest wskazany już po otworzeniu jamy brzusznej, zaszyciu otworu w przedziurawionem trzewiu, tualecie jamy brzusznej i przesączkowaniu.

3. Wysięki przymacicza, powstające po porodach i poronieniach, dobrze i szybko leczą się propidonem, jeżeli są świeże, natomiast stare i twarde są mało czułe na propidon i zmniejszają się wolno.

4. Ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego leczyłem tym sposobem tylko u 6 chorych. U wszystkich ciężkie objawy szybko ustępowały pod wpływem propidonu: po pierwszem wstrzyknięciu zmniejszały się bóle i bolesność na dotyk, pęcherzyk stawał się mniej napięty, ciepłota (po skończonym odczynie) opadała. Do wyleczenia ostrego okresu wystarczały 2—3 dawki.

5. Zakrzepowe zapalenie żył kończyn dolnych zarówno pochodzenia poporodowego, jak i żylakowego, dobrze i szybko leczy się propidonem.

6 i 7. W ropnem zapaleniu opłucnej i przetokach po niem należy koniecznie zbadać ropę bakterjologicznie, choćby tylko pod drobnowidzem na preparatach barwionych. Przypadki, zakażone kokami ropnemi, można wyleczyć propidonem bez operacyjnego otwierania i sączkowania jamy opłucnej. Ostre, zamknięte ropnie opłucnej najlepiej i najprędzej leczą się przez wypompowanie ropy i wstrzyknięcie propidonu do jamy opłucnej przez tę samą rurkę. Dwu lub trzykrotnie powtórzony taki zabieg wystarcza do wyleczenia, a jest znacznie krótszy i mniej uciążliwy dla chorego i lekarza, niż leczenie sposobem operacyjnym.

Stare, kilkuletnie przetoki, pozostałe po ropniaku przebijającym się *(Empyema necessitatis)* lub po wycięciu żebra, są mało wrażliwe na działanie propidonu. Niektórym chorym trzeba było wstrzyknąć 10 do 12 dawek w odstępach tygodniowych, zanim osiągnięto zabliźnienie, a w niektórych przypadkach można było osiągnąć tylko zmniejszenie się wydzieliny.

Należy tutaj wyjaśnić dwie rzeczy: a) że przez przetoki rozumie się jedynie kanał, a nie kanał, prowadzący do otorbionej jamy i b) że każdy z tych chorych poprzednio leczył się stale i długo rożnemi zabiegami miejscowemi.

8. W spostrzeganych przezemnie 15 przypadkach rozpoczynających się ropni sutka w postaci twardego i bolesnego nacieku, po użyciu propidonu ani razu nie widziałem wessania się nacieku. Zawsze szybko wytwarzał się ropień. Jako dodatni wpływ propidonu można było zauważyć znaczne zmniejszenie się bólów, spadek ciepłoty (po skończonym odczynie) i gładkie i szybkie gojenie się po stosunkowo małych przecięciach. Na takie samo zachowanie się zapalenia sutka w stosunku do leczenia szczepionką Delbet'a zwracają uwagę najgorętsi zwolennicy tego środka między chirurgami francuskiemi.

9. Wąglik czyli wrzód karbunkułowy jest bardzo wdzięczną chorobą do leczenia propidonem. Do opanowania choroby zwykle wystarczały 3 dawki; zabliźnianie trwało potem parę lub kilka tygodni w zależności od przestrzeni, na której wypadły martwe tkanki. Już w 24 godziny po pierwszej dawce widać różnicę: cały guz blednie, napięcie skóry zmniejsza się, wypływ z otworów staje się obfitszy i płynniejszy, chory czuje wielką ulgę — ustępuje ból i palenie. W następstwie guz blednie bardziej, marszczy się, oddziela się supeł zmartwiałej tkanki, poczem otwór względnie szybko wypełnia się ziarniną bujną i zdrową. Tego rodzaju leczenie trwa najwyżej połowę tego czasu, co leczenie pooperacyjne, i zostawia bez porównania mniejszą bliznę.

Przypadki ciężkie wyjątkowo, z bardzo wysoką ciepłotą i ciężkim stanem ogólnym należy operować; propidon jest tutaj przeciwwskazany, jak była o tem mowa poprzednio w ogólnych uwagach o leczeniu szczepionkami.

10. Czyraczność *(Furunculosis)* leczy się dobrze i prędko, lecz ponieważ leczenie propidonem jest leczeniem mocnem, jest ono wskazane w przypadkach szczególnie upartych i ciężkich. W lżejszych wystarcza Neo-Dmesta, szczepionka przeciwgronkowcowa, nie wywołująca prawie żadnego odczynu. Po leczeniu propidonem tracą ludzie skłonność do nawrotów.

11 i 12. Zapalenie naczyń chłonnych samo lub w połączeniu z zapaleniem gruczołów chłonnych jest cierpieniem bardzo podatnem do leczenia propidonem. Ulga dla chorego i znikanie objawów przychodzą bardzo szybko.

13. W ropowicy *(Phlegmone)* są dwa okresy rozwoju tego cierpienia, kiedy propidon działa dobrze. Pierwszy, skoro tylko rozpoczyna się tworzenie nacieku zapalnego z gorączką, lecz bez ropy. W tym momencie naciek wsysa się szybko pod wpływem propidonu. Z chwilą wytworzenia się płynnej ropy zupełnie niema co liczyć na ten środek, gdyż zupełnie nie działa, lecz jaknajwcześniej otworzyć ropień. Po otworzeniu ropnia, choćby się to stało samoistnie i przez mały otwór, propidon znów działa dobrze; zaczerwienienie, naciek, ból szybko giną, ropa staje się blada i płynna, jama wypełnia się i ściąga szybko.

14. Zastrzał *(Panaritium)* zachowuje się w stosunku do propidonu zupełnie tak samo, jak ropowica. Gdzie jest naciek, ból, a niema jeszcze ropy, po pierwszem wstrzyknięciu ustaje ból, palec cieńczeje i choroba wkrótce przechodzi, a jeżeli nawet zbierze się nieco płynu, małe opróżniające nacięcie wystarcza do szybkiego zagojenia. Gdzie zebrała się już ropa, niema co próbować leczenia propdonem; naprzód trzeba przeciąć, a potem, w celu przyśpieszenia gojenia, dać propidon.

15. Na rany zakażone, pochodzenia urazowego, stosowanie propidonu ma wyraźnie dodatni wpływ. Rany oczyszczają się szybko, ciepłota po paru dniach spada.

16. Zapalenie ropne pochew ścięgnistych dobrze leczy się propidonem.

17. Ropne zapalenie stawów jest mało wrażliwe na leczenie śródmięśniowemi wstrzykiwaniami propidonu. W celu otrzymania pewnego i szybkiego działania należy ropę wypompować ze stawu i przez tę samą igłę wstrzyknąć propidon do jamy stawowej. Wywołuje to mocne bóle następcze w stawie i szybkie gromadzenie się dużej ilości wysięku. Bóle zwykle nie trwają dłużej ponad 2—3 doby, lecz często wymagają wstrzyknięcia morfiny i okładów lodowych, natomiast wysięk wsysa się zwykle dopiero po 10 mniej więcej dniach. Wstrzykiwanie propidonu do jamy stawowej ma tę niewygodną stronę, że stwarza skłonność do zrostów wewnątrzstawowych, zresztą rzadziej znacznie, niż po leczeniu operacyjnem tego cierpienia i nie tak mocnych i nieustępliwych do leczenia. Wskutek tego jeszcze przed zupełnem wessaniem się wysięku należy zacząć gimnastykować staw za pomocą ruchów biernych. Bez wczesnej gimnastyki mogą utworzyć się o tyle mocne zrosty, że trzeba w następstwie uruchomić staw

w uśpieniu. Nie zaniedbując tej sprawy można utrzymać zupełną ruchomość stawu.

Ten sposób leczenia jest znacznie krótszy i daje lepsze wyniki czynnościowe, niż krwawe otwieranie stawu i następcze sączkowanie.

18. Zapalenie okostnej szczęki dobrze poddaje się leczeniu propidonem. Nacick szybko rozchodzi się.

19. Zapalenie wyrostka sutkowego w początkowych okresach w niektórych przypadkach bardzo szybko ustępuje pod wpływem propidonu, w innych propidon zupełnie nie działa, widocznie w zależności od rodzaju zakażenia. Nie zaszkodzi w każdym przypadku spróbować środka, który na pewno nie pogorszy stanu chorego, a może w ciągu kilkunastu godzin uwolnić od dokuczliwych bólów i operacji.

20 i 21. Pierwotne podostre zapalenie szpiku kostnego i jego wznowa są po większej części mało podatne do leczenia propidonem. W znacznej tylko mniejszości przypadków wynik jest uderzająco pomyślny: po pierwszem wstrzyknięciu bóle ustępują, jak ręką odjął, i chory odrazu czuje się zupełnie dobrze. Daleko częściej poprawa następuje bardzo powoli i trzeba wiele razy powtarzać wstrzykiwania szczepionki. Czasem niema ona żadnego zupełnie wpływu na sprawę chorobową.

Oczywiście w ostrem, ciężkiem zapaleniu szpiku kostnego z wysoką ciepłotą i groźnym stanem ogólnym propidon jest stanowczo przeciwwskazany.

Po operacji natomiast, kiedy groźne objawy ustąpią, ciepłota spadnie do 38 lub nawet do 38,5, stan ogólny poprawi się, użycie propidonu jest wskazane, albowiem wtedy sprowadza dalszą poprawę w postaci obniżenia ciepłoty, szybkiego oczyszczania się zwykle brzydkich ran oraz dalszej poprawy stanu ogólnego i samopoczucia chorego, jak dobry sen i apetyt, bezbolesność chorego narządu.

22. Zdawałoby się, że róża, jako typowe zakażenie paciorkowcami, powinna klasycznie leczyć się propidonem, tymczasem w spotkanych przezemnie przypadkach działo się wprost przeciwnie, gdyż ani razu nie zauważyłem najmniejszego wpływu tego środka na objawy i przebieg róży, to też przestałem stosować go w tej chorobie.

W przypadkach ciężkich leczenie szczepionką jest przeciwwskazane.

Jeden z lekarzy tutejszych bardzo chwali wyniki leczenia propidonem róży u swoich chorych; może trafiał na takie szczęśliwe przypadki, gdyż wiemy, że przebieg róży u różnych ludzi i różnemi czasy bywa różny.

Muszę tutaj wyznać, że początkowe wyniki leczenia propidonem miałem znacznie gorsze od późniejszych, bo, jak we wszystkiem, tak i tutaj potrzebne jest doświadczenie osobiste. Nauczyło mnie ono kiedy stosować pełną dawkę, kiedy niepełną, kiedy jest wskazane powiększenie lub zmniejszenie następnych dawek oraz odstępy czasu krótsze lub dłuższe między poszczególnemi wstrzykiwaniami. Wszystkie te drobne szczegóły mają duży wpływ na wynik leczenia. Wreszcie na zakończenie muszę powiedzieć, że propidon jest groźnym współzawodnikiem chirurga, gdyż w wielu przypadkach wytrąca mu nóż z ręki, natomiast wtedy właśnie jest błogosławieństwem dla chorego, albowiem skraca mu chorobę i uwalnia od cierpień.

---

Dr. Wilhelm KWASKOWSKI. Tomaszów-Lubelski.

**Przyczynek do leczenia róży $CaCl_2$.**

Wiadomo, iż woda morska, gdzie ukazały się pierwsze objawy życia, świat roślinny i świat zwierzęcy, najwyższy szczebel którego zajmuje *homo sapiens*, posiada tę samą proporcję najważniejszych dla ustroju soli, mianowicie — $NaCl:KCl:CaCl_2 = 100:2:2$.

Istnieje więc pewne optimum stężenia trzech wymienionych soli, gwarantujące harmonijność przejawów czynnościowych w powyżej podanych środowiskach, a które to przejawy obejmujemy ogólnem mianem — norma życia.

Wszelkie odchylenia od proporcji fizjologicznej tych soli zakłócają harmonję (n. p. izitonję i izojonję) i stawiają normę na progu patologji.

I gdy precyzyjność regulacyjna organizmu ulega załamaniu, występują stany, które, aczkolwiek mechanizmem biegunowo się różnią — w konsekwentnej definicji prowadzą do jednego mianownika — śmierci komórki, według interpretacji współczesnej (n. p. hiper i hipotonja). By uwypuklić przesłanki, które posłużyły mi jako bodziec do obecnego tematu, zatrzymam się pokrótce, fragmentarycznie na zależności niektórych zagadnień z dziedziny fizjologji ustroju od koncentracji drobin $NaCl$, $KCl$, $CaCl_2$, a ściślej mówiąc ich jonów, przesuwając punkt ciężkości na chlorek wapnia i pozostawiając poniekąd w cieniu chlorek sodu i chlorek potasu, jako luźnie związanych z wytkniętą linją.

$NaCl$, $KCl$, $CaCl_2$ należą do elektrolitów, t. j. ciał, które, w przeciwieństwie do cukru gronowego, alkoholu i innych, zmieniają przewodnictwo elektryczne wody, która, mówiąc nawiasem, naogół jest przewodnikiem złym. Niezależnie od prądu elektrycznego, a jedynie od rozpuszczalnika (n. p. wody) następuje dyssocjacja drobin elektrolitów na jony.

Przyczem jony sodu, potasu, wapnia, jako naładowane dodatnio, kierują się ku katodzie (stąd nazwa kationy), jony zaś *Cl*, jako niosące ładunek ujemny, dążą ku anodzie *(inde nomen-aniony)*. Należy przytem zaznaczyć, iż pierwiastków chemicznych *(Na, K, Ca* itd.) w pojęciu fizyko-chemicznem nie można identyfikować z odnośnemi jonami. Sód, naprzykład, mocen jest wywoływać reakcję rozkładową $H_2O$, jon sodu cechy tej już nie posiada. Z wielu dowodów, przemawiających za jonizacją drobin, dowodów uzyskanych na drodze doświadczalnej, przytoczę dwa.

O ile weźmiemy szereg soli, posiadających różne zabarwienie, naprzykład, $CuSO_4$ (kolor błękitny), $Cu(NO_3)_2$ (kolor siny) i $CuCl_2$ (kolor zielony), to można przygotować takie roztwory tych soli, by w litrze każdego rozczynu ilość miedzi była jednakowa. Póki koncentracja roztworów jest znaczna, różnią się one kolorem; o ile zaś roztwory te rozcieńczać wodą tak, by ilość *Cu* w litrze każdego pozostawała na jednym poziomie, to przy odpowiedniem rozcieńczeniu obserwujemy, iż kolor wszystkich roztworów staje się jednakim i zbliża się do koloru $CuSO_4$. Zjawisko to można tłumaczyć tylko w ten sposób, iż przy kompletnej dyssocjacji rozpuszczonych soli na jony, miedź istnieje, jako zabarwiony jon *Cu*, a wszystkie reszty kwasowe $(NO_3)$ $(SO_4)$ i t. d. tworzą jony bezbarwne.

Następny dowód dyssocjacji drobin elektrolitów na jony otrzymujemy, badając ciśnienie osmotyczne roztworów (dla celów klinicznych ciśnienie osmotyczne oznaczane bywa przez określenie punktu zamarzania danego rozczynu (krioskopja)). Jeżeli weźmiemy dwa naczynia jednakowej pojemności i w jednem rozpuścimy *N* drobin glukozy w litrze wody, a w drugiem — na takąż ilość $H_2O$—*N* drobin elektrolitu, n. p. $NaCl$, to łatwo przekonać się, iż w naczyniu, w którem znajduje się chlorek sodu, ciśnienie osmotyczne będzie dwa razy większe w porównaniu z odnośnym roztworem glukozy. Ponieważ rozczyny powyższe zawierały jednakową ilość drobin *(N)*, to konsekwentnie winniśmy wywnioskować, iż drobina $NaCl$ rozszczepia się na składniki, z których każdy wywiera ciśnienie równoważne całej drobinie. A zatem istnieje dyssocjacja drobin na jony i prawo o ciśnieniu osmotycznem, które czyni jon ekwiwalentnym drobinie.

Stosując $CaCl_2$, musimy się liczyć z działaniem kationów *Ca* i anionów *Cl*.

Jony wapnia, krótko mówiąc, zdolne są nastawić układ nerwowy wegetatywny na kompleks przejawów czynnościowych n. spółczulnego (Arnoldi) z szerokiem rozpięciem sfery jego wpływów na ustrój. Z zespołu wpływów omawianego systemu nerwowego wyjmę jedynie to, co styka się bezpośrednio z linją tematu. Wiadomo, iż jony wapnia zapobiegają hemolizie krwinek czerwonych, zwiększają agressywność i kinetyczność leukocytów (a może przyśpieszają dojrzewanie form młodych?), obniżają podatność ustroju do zmian zapalnych wogóle, a w szczególności naskórnych, a co, mojem zdaniem, dla omawianej sprawy posiada pierwszorzędne walory i wysuwa wapń na czołowe miejsce, to mianowicie istnienie pewnika, że kationy *Ca* przez adsorbcję, czyli sorbcję regulują przepuszczalność otoczek komórkowych, wpływając na ruch materji i cieczy ustrojowej.

Co się tyczy anionów *Cl*, to znanym jest fakt, iż ustrój wobec tej, lub innej sprawy chorobowej natury zakaźnej (róża, płonica, dur i t. d.) magazynuje chlor, gdyż jony *Cl* ułatwiają komórkom zwalczanie i likwidację zakażenia (katolizator). Oddawna też spostrzegano znikanie wykwitów skórnych, kilaków, a nawet mięsaków i raków pod wpływem nagromadzonego przez ustrój podczas ostrego zakażenia jonów *Cl*. Jeżeli do tego dodamy, iż naświetlanie promieniami X sprowadza się również do skoncentrowania na terenie, zajętym sprawą zapalną, lub nowotworem anionów *Cl* i że naświetlanie samo przez się, o ile zasób *Cl* w organizmie spada do zera, mijają się z celem, to przemożna rola *Cl* dostatecznie zaakcentowana. (Andersen).

Biorąc asumpt z powyżej wyłuszczonych danych, począłem stosować w przypadkach róży maść z 10% $CaCl_2$. Zatrzymałem się na tej, a nie na innej postaci leku bądź ze względu na dogodność tej formy w warunkach pracy na prowincji, bądź z powodu istnienia spostrzeżeń, że efekt leczniczy leku, podanego naskórnie, nie ustępuje efektowi po podaniu środka leczniczego *per os* lub *per injectionem* (Besredka). Przypadków róży, leczonych $CaCl_2$, ob-

serwowałem pięć. Przebieg był zawsze gładki, bez powikłań i z zachęcających wyników, jak dotąd — jestem całkowicie zadowolony. Historje chorób *in extenso* brzmią, jak nastepuje.

Przypadek 1. J. K., lat 56, skarży się na ból głowy, pragnienie; chora od 3-ch tygodni. Przyczyny choroby podać nie może. Raptownie wystąpiły dreszcze, wysoka ciepłota ciała (40°), skóra na grzbietowej powierzchni nosa zaczerwieniła się i obrzmiała, stopniowo zaczerwienienie przesunęło się na twarz, następnie — na tułów.

*Status praesens.* Język podsychający; powłoki skórne twarzy i tułowia lśniące, barwy nasycono czerwonej, linja zaczerwienienia skóry łamana, o brzegach nieco strzępiastych. Typ gorączki *remittens.* Płuca — opukowo i wysłuchowo — bez zmian. Lewa granica bezwzględnego stłumienia serca — w lewej linji sutkowej. Tony serca czyste. Nad tętnicą główną — drugi ton wzmożony. Tętnice obwodowe twarde. Tętno 90 na 1'. Narządy jamy brzusznej — bez odchyleń od normy. Zastosowałem 10% $CaCl_2$. Po upływie doby zaczerwienienie skóry utraciło ze swej intenzywności, potem w ciągu tygodnia można było notować dalsze cofanie się sprawy chorobowej. Po tygodniu chora powróciła do zwykłych zajęć domowych. Przypadek ten uprzednio był leczony maścią ichthyolową, lecz bez skutku.

Przypadek 2. A. M., lat 45 — po uderzeniu tępym przedmiotem w przednią powierzchnię lewej goleni, z uszkodzeniem naskórka — lewa dolna kończyna opuchła do linji stawu kolanowego, powłoki skórne nabrały połysku i barwy jaskrawo czerwonej; ciepłota ciała — o typie *remittens.* Stan obecny: Obwód lewej goleni o 4 cm przewyższa obwód prawej goleni, skóra czerwona, połyskująca. Płuca, serce, narządy jamy brzusznej — norma. Zaleciłem 10% maść z $CaCl_2$. Efekt, jak w przypadku pierwszym.

Przypadek 3. M. S., lat 50, przypadek 4, K. K. l. 38, przypadek 5, N. K., l. 22 — z ogólnie znanemi przejawami róży na dolnych kończynach, zlikwidowanej pomyślnie pod wpływem miejscowego stosowania $CaCl_2$.

We wszystkich obserwowanych przezemnie przypadkach róży, leczonych 10% $CaCl_2$, mogłem odnotować pewną, stałą kolejność cofania się zmian chorobowych.

Po upływie doby, lub 2-ch, linja demarkacyjna pomiędzy skórą zdrową, a objęta zmianami chorobowemi traciła tendencję posuwania się naprzód; intenzywność zaczerwienienia malała (odczyn naczyniowy na obwodzie); następnie teren, objęty sprawą chorobową, kurczył się, a w przypadkach lokalizacji róży na kończynie, obwód tej ostatniej zmniejszał się i stopniowo powracał do normy (zmiana ruchu cieczy ustrojowej + zmiana ciśnienia osmotycznego na obwodzie: według Schadego, ciałka Vatera-Pacciniego, rozsiane po całem ciele — posiadają wewnątrz zakończenia nerwu współczulnego i podnieta przekazane temu zakończeniu przenoszona jest dalej do ośrodków nerwowych); najdłużej utrzymywały się wahania krzywej ciepłoty ciała (7—10 dni), co by wskazywało na to, iż wydalanie produktów bakterjo i cytolizy poza metę dosięgalności ich wpływów na ośrodki, regulujące ciepłotę ciała, *(thalamus, opticus, corpus striatum, nucleus candatus,* kora mózgowa w okolicy brózdy Sylwiusza i t. d.) postępowało w tempie wolniejszem.

Możliwe, iż przypuszczenia powyższe co do mechanizmu działania $CaCl_2$ w przypadkach róży — są mylne. Możliwe, iż inne kryptoczynniki winne być brane w rachubę. Kusić się bowiem o wnioski obowiązujące w warunkach pracy na głuchej prowincji nie mogę. W warunkach tych odpada poważny współczynnik, jako sprawdzian, korregujący przesłanki racjonalistyczne — odpowiadające wymogom nauki, wszechstronnie urządzone laboratorjum.

Muszę więc poprzestać na formułce empiryzmu, że „to choremu pomaga".

Na zakończenie, czuję się w obowiązku dodać, iż w dostępnem mi piśmiennictwie wzmianki o leczeniu róży $CaCl_2$ nie znalazłem.

---

Dr. M. GROSSFELD. Lwów.

**Uwagi do artykułu Dra. Laskownickiego „W sprawie chromocystoskopji".**

Z oddziału urologicznego Powszechnego Szpitala Państwowego we Lwowie. Prymarjusz: Dr. Z. Leńko.

W Nr. 2-gim 1927 Polskiej Gazety Lekarskiej zwrócił moją uwagę artykuł Dra Z. Laskownickiego: „W sprawie chromocystoskopji".

Autor wychodzi z założenia, iż cystochrom według Neckera zawiera 0.005 karminu indygowego, dawkę bardzo małą, utrudniającą badanie i to skłoniło autora do wypuszczenia na rynek drogą firmy „Laokoon" preparatu — indygotropiny — zawierającego podwójną dawkę karminu indygowego, a więc 0,01. Mimo, iż mam pewne zastrzeżenia co do tej formy informowania czytelników, nie zabierałbym głosu, gdyby przesłanki autora były bez zarzutu a wnioski przekonywujące i realne i gdyby nie zachodziła możliwość niepożądanej ujemnej krytyki zagranicą, w związku z nieścisłemi twierdzeniami, zawartemi w tymże artykule.

Okazuje się, iż podana przez autora ilość karminu indygowego 0.005, rzekomo zawartego w cystochromie, jest intuicyjną, gdyż jest ona tajemnicą fabryki Chemosan, ponadto już w podręczniku Bluma „Urologie für praktische Aerzte" z r. 1926 podany jest skład cystochromu z dawką 0.02 karminu indygowego, a więc z czterokrotną ilością, podaną przez Dra Laskownickiego.

Byłbym bliższy prawdy, — a wiem to z kompetentnego źródła — gdybym powiedział, iż nie cystochrom zawiera połowę dawki indygotropiny, ale indygotropina zawiera połowę dawki cystochromu.

Ponieważ dawka karminu indygowego w cystochromie jest przez autora mylnie podana, więc i wnioski Jego co do wartości cystochromu względnie indygotropiny, są conajmniej nierealne.

---

Dr. Stanisław LASKOWNICKI. Lwów.

**Odpowiedź na „Uwagi" dra. Grossfelda.**

Według badań kolorymetrycznych przeprowadzonych przez laboratorjum fabryki chemicznej „Laokoon" zawiera ampułka:

cystochromu 0'0055 błękitu indygowego *)
i 0'0035 bieli indygowej

indygotropiny 0'009 błękitu indygowego
i 0'003 bieli indygowej.

(Biel indygowa powstaje przy gotowaniu błękitu indygowego z urotropiną). Cyfra podana przez dra Grossfelda w odniesieniu do cystochromu jest o wiele za wysoką, nawet jeżeli się uwzględni sumę błękitu i bieli, (0'0055 + 0'0035 = 0'009 a nie 0'02) a zawartość błękitu indygowego w indygotropinie jest prawie dwukrotnie wyższą niż w cystochromie, jak to w przybliżeniu w moim artykule podałem.

Dopóki nie mamy ścisłych doświadczeń, przeprowadzonych na wielkim materjale chorych, wykazujących jaką rolę odgrywa w chromocystoskopji biel indygowa, uważam za stosowne mieć roztwór indygokarminu nastawiony tak — aby zawierał jaknajwięcej błękitu indygowego. Ponadto także i suma błękitu i bieli jest w indygotropinie wyższą niż w cystochromie (12:9).

Jak już stwierdziłem doświadczenia przeprowadzone na wielkiej ilości chorych przemawiają za słusznością powyższych rozważań i stwierdzają, że indygotropina nadaje się doskonale do chromocystoskopji.

Zamiarem moim było zastąpić niedopuszczony do obrotu w Polsce i drogi preparat pochodzenia zagranicznego preparatem krajowym, tańszym a co najmniej równie dobrym. Jeżeli ten zamiar nie znalazł uznania dra Grossfelda to co do tego nie mogę z nim prowadzić polemiki na łamach tego pisma.

Co do zarzutów zaś dra Grossfelda to mogę jedynie tyle odpowiedzieć, że wnioski moje są oparte na ścisłych badaniach kolorymetrycznych wykonanych przez wybitnych specjalistów-chemików oraz na badaniach przeprowadzonych na szeregu chorych — wnioski zaś dra Grossfelda są oparte na nieścisłej informacji zawartej w podręczniku Bluma.

Na koniec pozwolę sobie zauważyć, że pisząc „uwagi" zwłaszcza w podobnym tonie nie powinno się opierać na tem co się gdzieś słyszało, lub co się czytało w jakimś podręczniku dla praktycznych lekarzy czy może w kalendarzyku lekarskim natomiast zarzuty powinne być poparte ścisłemi laboratoryjnemi i klinicznemi badaniami, gdyż tylko wówczas mogą mieć one jakąś „realną" wartość.

---

## MEDYCYNA SPOŁECZNA.

**Ankieta o szczepieniach przeciwpłoniczych.**

Dzięki szeregowi autorów polskich przedstawiono w roczniku ubiegłym „P. G. L." zajmującą dzisiaj wszystkich sprawę szczepień ochronnych przeciw płonicy. Omówiono więc etjologię, epidemjologię i patogenezę płonicy, wyniki badań, które dopro-

*) Przeciętne z kilku seryj prób (mały kolorymetr Schmidt-Haench).

wadziły do szczepień ochronnych i pomysły udoskonalenia szczepień rozmaitego rodzaju. Zaś w numerze 52 „P. G. L." z ub. roku wyszło sprawozdanie, przedstawiające na jak wielką skalę zorganizowano szczepienia dzieci w szkołach stolicy. Mija kilka miesięcy odkąd masowe szczepienia ukończono, należy wobec tego spodziewać się, że obecnie będzie można wyrobić sobie zdanie o wynikach przedsięwziętych szczepień.

Redakcja „P. G. L." zdając sobie sprawę z ważności przedmiotu, zwraca się z prośbą zarówno do wszystkich instytucyj publicznych lekarskich (Zakłady naukowe, Szpitale, Urzędy Zdrowia publ. i t. p.), jakoteż do wszystkich Kolegów, którzy wykonywali szczepienia ochronne przeciwko płonicy o łaskawe jak najrychlejsze nadesłanie swych statystyk i spostrzeżeń do „P. G. L.".

Z pewnością także nie jeden z Kolegów w swojej prywatnej praktyce będzie mieć spostrzeżenia, które jako nieobjęte statystykami szpitali i zakładów naukowych wzgl. instytucyj Zdrowia publicznego mogłyby zaginąć. Licząc się z tym faktem redakcja „P. G. L." uprasza więc wszystkich Kolegów, mających choćby najskromniejsze spostrzeżenia, o przysłanie ich celem zużytkowania w niniejszej ankiecie, ewentualnie ogłoszenia w „P. G. L.".

Dla ułatwienia „P. G. L." podaje schemat następujący:

*Imię i nazwisko (przynajmniej litery początkowe) . . . . . .*
*Wiek . . . . Ile razy szczepiony? . . . . i jaką szczepionką? . . . . . . . . . Zdrów . . . . Chory . : :*
*w ile miesięcy po szczepieniu?*
*W razie zachorowania, jaki przebieg i jakie zejście choroby?*
*Podpis lekarza i miejsce pobytu.*

Redakcja „P. G. L." zwraca się do wszystkich instytucyj i Kolegów z niniejszą odezwą w przekonaniu, że zebrany w Polsce w ten sposób obfity materjał będzie poważnym przyczynkiem do rozwiązania zagadnienia, zajmującego obecnie cały świat lekarski.

Uprasza się odpowiedzi kierować pod adresem:

Redakcja „P. G. L.", Kraków, ul. Kopernika 17, która się podjęła opracowania nadesłanych dat statystycznych.

---

## PORADNIK JĘZYKOWY.

Prof. Dr. Jan Szmurło z Wilna nadsyła nam wykaz następujących błędów językowych, jakie znalazł w jednym tylko artykule ogłoszonym w tegorocznej Polskiej Gazecie Lekarskiej:

*teorji*, zamiast *teoryj* (2-gi przyp. l. mn.). Uchw. Akad. Umiejętn.

*ludzkiego organizmu*, zamiast *ludzkiego ustroju*

*płyn mózgordzeniowy*, zamiast *mózgowo-rdzeniowy*, według Słownika lekarskiego polskiego

*sepsis*, zamiast *posocznica*

*Wskaźnik refraktometryczny zmienia się przy* — (germanizm „bei" zamiast po polsku *w* —

*sklaczkowacenia* (dziwoląg językowy — prowincjonalizm) zamiast *sklaczkowania*

*sklaczeniu* (neologizm wątpliwej wartości) lepiej *klaczkowaniu*

*śmierć przy udarze* (germanizm) *zamiast w udarze*

*wielką rolę będą odgrywać*, zamiast *będą odgrywały*, a odgrywać będą,

*cały szereg*, (rusycyzm), po polsku wystarcza: *szereg*.

## OCENY.

A. Sézary: *Kiła układu nerwowego*. R. 1926. str. 208. Nakładem Masson et Cie. Paryż.

Zmiany kiłowe układu nerwowego przedstawiają tak dalece ciekawe zagadnienie, iż przykuwały do siebie już oddawna uwagę wybitniejszych syfilidologów i neuropatologów. Zajęcie się owemi zmianami znajduje swoje uzasadnienie nie tyle ze względu na ważność miejsca usadowiania się owych w narządzie takim, jak mózgowie, mającym wpływ na zachowanie zdrowia, a głównie samego życia chorych, ile raczej ze względu na niezwykłe porażenia, będące powodem powstania przejawów kiły nerwowej. Przejawy te różnią się wybitnie od powszednich obrazów kiły zwykłej. Jeśli uwzględnimy jeszcze znaną obojętność i niepewność wyleczenia spraw kiłowych układu nerwowego pod wpływem leczenia swoistego, wówczas stanie się zupełnie zrozumiałem dla czego neurosyfilis — stał się pobudką dla genjalnego Fournier'a do podjęcia szczegółowych badań w tym kierunku. Doniosłe jego prace, stwierdzające pochodzenie kiłowe wiądu rdzenia, oraz paraliżu postępowego, a również podkreślenie częstości występowania zmian kiłowych w układzie środkowym zapoczątkowały przełom w dziejach medycyny, rozwijający się jaskrawie przed naszemi oczami. Już Fournier podaje, że według jego danych statystycznych, zmiany swoiste układu nerwowego stanowią trzecią część ostatniego okresu kiły. Sezary wyraża częstość podobnych zmian odsetkiem 20 procentowym. Ostatni dziesiątek lat wzbogacił nasze wiadomości wieloma niezwykle ważnemi odkryciami w nauce o kile, które pozwalają z większą pewnością i ścisłością badać i rozpoznawać kiłowe zmiany układu nerwowego. Idąc w chronologicznym porządku odkryć i prac w tej dziedzinie wypadnie wymienić wyodrębnienie sposobu badania płynu mózgowo-rdzeniowego w r. 1901 przez Widal'a, Sicard'a i Ravaut'a, stwierdzenia kiły eksperymentalnej w r. 1903 przez Miecznikowa i Roux, odkrycie kretka bladego w r.1905 i wreszcie odczynu Wassermanna w r. 1906. Fakta te, a zwłaszcza udoskonalone metody badania płynu m.-rdzeniowego pozwalają na wyjawienie zmian patologicznych układu nerwowego w przebiegu kiły nawet w tych przypadkach, w których objawy kliniczne są bardzo niewyraźne i zupełnie niewystarczające dla trafnego rozpoznania. Można nadto i to dodać, że metoda powyższa dozwala na postawienie pewnej diagnozy kiły, a nie innego rodzaju schorzenia układu nerwowego, ponieważ szereg odczynów z płynem m.-rdzeniowym daje wyniki dodatnie tylko w chorobie kiły, a nadto powoduje swoiste odcienie, właściwe wyłącznie kile w odczynach kolloidowych. Wyosobnienie krętka bladego — swoistego winowajcy kiły, pozwoliło Noguchi'emu wykazać obecność tego zarazka w mózgowiu w przypadkach paraliżu postępowego oraz wiądu rdzenia. Levaditi stwierdził obecność wspomnianych drobnoustrojów w przytoczonych przypadkach w stu procentach.

Dorywcze spostrzeżenia autorów minionego stulecia zwracały uwagę na przejawy nerwowe, towarzyszące drugiemu okresowi bądź drugiej połowie pierwszego okresu kiły. Ostatnio dzięki rozpoznawaniu patologicznego składu płynu m.-rdzeniowego zostały owe powyżej wspomniane dorywcze uwagi potwierdzone jako istotne przejawy kiły. Bezsprzecznym dowodem tego, iż płyn m.-rdzeniowy już w pierwszym i drugim okresie kiły nawet bez wszelkich objawów nerwowych wykazuje zmiany swoiste jest stwierdzenie w tym płynie obecności krętka bladego przez Hoffmanna, a który to płyn, zastrzyknięty na drodze eksperymentalnej królikom daje typowe obrazy właściwe kile. W równym stopniu za przytoczoną tezą przemawiają także badania anatomo-patologiczne, wykazujące nawet w tych świeżych przypadkach wystąpienie zmian chorobowych w oponach. Powyższe fakta stworzyły mocne podwaliny dla nauki o kile układu nerwowego, dowodzącej swoistego pochodzenia omawianych zmian. Atoli szereg zagadnień z dziedziny kiły nerwowej pozostaje nadal kwestją otwartą. Jedną z tych kwestji stanowi zagadnienie — dla czego kiła w niektórych przypadkach atakuje układ nerwowy, a w innych natomiast oszczędza ten narząd; spornem jest, czy zależy to od swoistej różnorodności jadu kiłowego — *syphilis à virus nerveux*, czy też wybitniejsze znaczenie ma pewna predyspozycja bądź wybiórczości układu nerwowego względem jadu kiłowego lub może nawet przyczyna ta kryje się we właściwościach obronnych odczynów poszczególnego narządu, wreszcie być może, że pozostaje ona w związku bezpośrednim ze swoistem leczeniem, które prowokuje umiejscowiania się zakażenia kiłowego w układzie nerwowym. Inną jeszcze kwestją jest — dla czego kiła w poszczególnych przypadkach powoduje zwykłe zmiany zapalne o charakterze przewlekłym w typowych okolicach układu nerwowego, w innych zaś znowu przypadkach staje się powodem powstawania zupełnie nietypowych zmian wstecznych i zanikowych w niezwykłych okolicach samego nawet miąższu mózgu. I wreszcie nierozwiązane pozostaje zagadnienie, dlaczego ostatnio wspomniane zmiany nie ustępują w czasie stosowania leczenia swoistego. Wszystkie powyższe kwestje stanowią treść rozważań omawianej książki.

Najciekawszym jej działem jest uwydatnienie prac autorów Marie, Levaditi i innych nad problemem kiły neurotropowej, wyróżniającej się wybitnie pod względem biologicznym od kiły dermatropowej. Dział VIII. w najszerszym zakresie porusza sprawę metod leczniczych kiły nerwowej, rozwijając nadal ten temat także w ostatnich dwóch działach końcowych. Niezbyt jasna dotychczas stronica patologji kiły układu nerwowego uzyskuje w dziele Sezary doskonałe przedstawienie obecnego stanu naszych wiadomości wraz z jego własnemi rozszerzającemi spostrzeżeniami wspomnianych zagadnień, będących zresztą nader ciekawym tematem dla przedstawicieli najrozmaitszych gałęzi medycyny.

*W. Janusz.*

St. Konopka: *Polska Bibljografja Lekarska za rok 1925 i 1926*. Warszawa r. 1926. Osobne odbicie z Warszawskiego Kalendarza Lekarskiego za rok 1927.

Nakładem „Warszawskiego Kalendarza Lekarskiego" na rok 1927 ukazał się pierwszy rocznik „Bibljografji lekarskiej" w umiejętnem zestawieniu p. St. Konopki, który zebrał nawet liczne rozproszone t. zw. „polonica" medyczne z najrozmaitszych zagranicznych czasopism lekarskich. Atoli wyłania się kwestja, czy tego rodzaju zestawienie samych tylko tytułów prac odpowie jakiemukolwiek celowi i czy włożone koszta jakoteż nakład mozolnej pracy, stwarzającej owe wydawnictwo, stanie się użytecznem choć w drobnej mierze dla tych, którzy chcieliby korzystać z dziełka tego, będącego częścią Kalendarza lekarskiego. Dawniej, gdy książek i czasopism była ledwo nieznaczna ilość, kalendarze miały na celu popularyzację nauki i pożytecznych wiadomości a często zawierały nawet materjał, dotyczący zagadnień nieporuszanych w innych współczesnych drukach. Słowem niegdyś kalendarze starały się być poradnikiem uniwersalnym dla wszystkich stanów, to też główną ich treść stanowił dział statystyczno-informacyjny. W podobny sposób przedstawiały się również Kalendarze nasze, z których najstarsze ukazywały się drukiem już w Krakowie w XVI w. Z biegiem wieków wyspecjalizowały się rodzaje kalendarzy wśród których spotykamy zarówno poświęcone polityce jakoteż innym działom gospodarczo-społecznym a od niedawna zaznacza się i na polu medycyny powrót do starodawnego typu wydawnictwa. I tak w bieżącym roku w Kalendarzu Warszawskim znajdujemy dość pokaźny dział bibljograficzny, obejmujący 122 stronic drobnego druku. Podobne systematyczne zestawienia jednak ukazują się omal że nie w każdem polskiem piśmie medycznem np. w Polsk. Gaz. Lek., które mają za zadanie informować czytający ogół o obecnym stanie piśmiennictwa naszego. Innem natomiast zupełnie wydawnictwem jest zasłużona bibljofrafja medyczna, ogłaszana przez Warszawskie Towarz. Lek., która obok zestawienia nazwisk autorów podaje w krótkości główne rysy przytaczanych prac. Tego rodzaju wydawnictwo ma swoją trwałą wartość, albowiem pokaźnie rozkwitające piśmiennictwo nasze nie pozwala przeciętnemu pracownikowi naukowemu na prenumeratę wszystkich polskich czasopism, nie mówiąc już o tem, że jest rzeczą zgoła niemożliwą zdobyć się na opanowanie całości tejże literatury. Biljografja, wydawana przez Warszawskie Towarzystwo Lek. niezmiernie ułatwia pod każdym względem zaznajomienie się i wyszukanie niezbędnych źródeł. Wiadomem bowiem jest, że w wielu wypadkach w tytule samej pracy nie zawsze mieści się cała treść poruszanych zagadnień. To też słusznie należy utyskiwać, że pożyteczne ze wszech miar wydawnictwo bibljografji lekarskiej Warszawskiego Tow. lekarskiego, utknęło z powodu braku funduszów. Wszelkie zatem usiłowania i fundusze, mojem zdaniem, winne iść po tej linji, aby długo wyczekiwane wydawnictwo ujrzało wreszcie światło dzienne. Pracowite a prowizoryczne zestawienie p. Kon. nie będzie niestety w możności zastąpić istotnego braku należytej bibljografji, do której jesteśmy przyzwyczajeni dzięki chlubnej tradycji Warszawsk. Tow. Lek. Umieszczenie atoli podobnej bibljografji w wydawnictwie kalendarzowem pociąga za sobą nieprodukcyjne koszta, przynosząc nadto uszczerbek tym działom, które stanowią dzięki swej treści bardziej pożyteczną całość dla lekarza praktycznego. Znamiennem jest, że Czesi są w posiadaniu bibljografji własnej medycznej, wydanej dość obszernie nawet w języku francuskim, naszą natomiast idea niech będzie narazie domaganie się chociażby polskiej bibljografji według dawnego a doskonałego wzoru.

*W. Janusz.*

F. Henke i O. Lubarsch: *Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie u. Histologie.* T. I. cz. I. Berlin Julius Springer r. 1926. Str. 372.

Niezwykle bogate piśmiennictwo anatomiczne oddawna już domagało się ujęcia rozprószonych prac w najrozmaitszych czasopismach w pewną systematyczną całość. Nie było bowiem dotychczas dzieła, usiłującego objąć wszechstronnie całą anatomję patologiczną wraz z jej histologią. Inne natomiast gałęzie medycyny już długo znajdują rzeczników w większych wydawnictwach, uwzględniających w jaknajszerszym stopniu wszelkie prace z odnośnych dziedzin. Dopiero omawiane wydawnictwo, zapoczątkowane w r. 1913, podjęło się próby planowego opanowania wszechświatowej literatury anatomo-patologicznej, przedstawiając się już dzisiaj ze wszech miar bardzo udatnie. Pierwsza część I tomu obejmuje schorzenia krwi i gruczołów. Choroby krwi omawia C. Sternberg, traktując je jako schorzenia narządów krwiotwórczych. P. Huebschmann w dziale „obce domieszki krwi" uwzględnia zarówno ciała obce w stanie stałym jak i w stanie gazowym, nadto obszernie rozprawia o różnych niezwykłych i najrozmaitszych postaciach komórek oraz o wszelkiego rodzaju pasorzytach we krwi. C. Seyferth obszernie wyjaśnia w szczegółach anatomję patologiczną zimnicy. O patologji gruczołów pisze C. Sternberg. Ostatni dział, pióra ś. p. Eug. Fraenkel'a, poświęcony jest ziarnicy złośliwej. Przedwczesnej śmierci tegoż autora należy przypisać, że zestawienie piśmiennictwa, dotyczące wspomnianego działu, nie uwzględnia wyników ostatnich prac z lat ubiegłych. Wymienione rozprawy, składające się na treść I tomu stanowią epokowe wydawnictwo, które ma się ukazać w 15 tomach. Niestety wprost bajeczne ceny (albowiem poszczególny tom kosztuje około 350 zł) uniemożliwiają nabycia tegoż dzieła nie tylko jednostkom prywatnym ale zarówno instytucjom rządowym. Wyczerpujące zaś ujęcie całokształtu spowoduje, że wspomniane dzieło stanie się niezbędną książką dla każdego, pracującego na polu anatomji patologicznej.

*W. Janusz.*

---

## BIBLJOGRAFJA.

### Artykuły oryginalne w czasopismach.

### Piśmiennictwo polskie.

*Przegląd dermatologiczny,* Rok XXII, Nr. 1, z r. 1927: H. Mierzecki: Mięsakowatość skóry typu Kaposiego. — A. Racinowski: Obraz mikroskopowy łuszczycy leczonej chryzarobiną. — Fr. Krzyształowicz: W sprawie wyprysku (eczema). — A. Straszyński: O t. zw. nieżytowych zapaleniach śluzówki cewki moczowej u mężczyzn i ich leczenie. — St. Kapuściński: O swoistości odczynów skórnych, zwłaszcza tuberkulinowego.

*Zdrowie,* Rocznik XLII, Nr. 2. za luty 1927: H. Grundgang: Walka z zimnicą w Polsce. — W. Dobrzyński: VI. Kongres Międzynarodowej Federacji Miast-Ogrodów i planowania miast. — Dział sprawozdawczy. — Przegląd bibljograficzny. — Warszawskie Tow. higjeniczne.

*Wiadomości farmaceutyczne,* Rok LIV, Nr. 6 z 6 lutego 1927: St. Wołoszczak: Środki przeciwgorączkowe i teorja ich działania. — Z praktyki zawodowej. — Sprawy zawodowe.

*Polskie Archiwum medycyny wewnętrznej,* Tom IV, Zeszyt 4. z 4 grudnia 1926: H. Lubieniecki: Profesor Witold Orłowski. Życiorys z okazji 30-to lecia jego działalności naukowo-lekarskiej. — P. Adamowicz: Metody i zastosowanie leczniczne przetaczania krwi na podstawie dotychczasowego doświadczenia w II-ej klinice chorób wewnętrznych Uniw. Jag. — J. Felix: O bakterjobójczem działaniu nalewki czosnkowej (Tinct. alli). — K. Gerner: Aktywacyjne zdolności surowicy krwi ludzkiej w stosunku do soku żołądkowego. — J. W. Grott: Badania nad wzajemnym stosunkiem trypsyny i insuliny do poziomu cukru we krwi. — H. Lubieniecki: W sprawie owsicy (oxyurasis) szczególnie o indywidualnych różnicach w powstawaniu i przebiegu tego cierpienia i o jego leczeniu. — Fr. Łukaszczyk: O leczeniu cukrzycy metodą Petréna. — Z. Michalski: Wyniki prób leczenia gruźlicy płuc sanokryzyną i aurosanem. — Z. Michalski: Uwagi w sprawie mianownictwa i podziału chorób serca. — J. Misiewiczówna: Krwioplucie i krwotoczność w przebiegu gruźlicy płuc. — M. Petrynowski: Stosunek cholesteryny wolnej do związanej w surowicy krwi ludzkiej, ze szczególnem uwzględnieniem żółtaczek. — W. Ręczajski: Wrodzone zwężenie tętnicy płucnej przebiegające klinicznie pod postacią przetrwałego przewodu Botalla, u chorej z nabytem zakażeniem kiłowem. — E. Szczeklik: W sprawie metodologji określania zawartości cholesteryny. — T. Tempka: W sprawie t. zw. „agranulocytozy" (t. j. braku postaci ziarnistych białych ciałek krwi). — J. Trzebiński: Przyczynek do rozpoznawania skrobiawicy nerek. — M. Wierzuchowski: O przepuszczalności nerkowej dla cukru. — H. Zawistowski: Z dziedziny kapilaroskopji. — G. Pokorny: Materjały do zagadnienia stanu czynnościowego wątroby w chorobach nerek.

*Nowiny lekarskie,* Rocznik XXXIX, zeszyt 3 z 1 lutego 1927: Kaz. Opoczyński: O wpływie późnej kastracji na morfologie gruczołów dokrewnych u kobiet. — H. Meysner: O leczeniu płuc nasochryzyną. — St. Giebocki: Leczenie gruźlicy Lipatrenem.

---

## PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

### Piśmiennictwo angielskie.

### Surgery, Gynecology and Obstetrics.

XLIII/3. 1926.

J. Gibbon: *Lucas Championniere a leczenie złamań.*

J. Caulk: *Zabieg w celu usunięcia częściowego wodonercza.* Z powodu częściowego wodonercza autor wykonał „wycięcia

zwężenia górnej miedniczki nerkowej" *(Resection of Stricture of the Superior Renal Pelvis).* Po odsłonięciu nerki i moczowodu stwierdzono, że wyglądają one zupełnie prawidłowo. Nacięto miedniczkę nie znachodząc wodonercza ani kamieni. Do górnej części miedniczki nie można się było jednak dostać, ponieważ prowadził do niej bardzo wązki bliznowaty kanał, nie przepuszczający końca małego palca. To też nacięto nerkę u górnego bieguna, stwierdzając w tej części wodonercze. Część korowa nerki była jeszcze zachowana. Kanał łączący jamę wodonercza z miedniczką przepuszczał zaledwie cewnik Nr. 8. Wobec tego wycięto zbliznowaciałą tkankę, stwarzając wolny odpływ moczu do miedniczki. Pyelogramy wykonane po zabiegu nie wykazywały zastoju w miedniczce, która wypełniała się zupełnie dobrze.

Stan pacjenta dobry.

F. Wright: *Naczyniak macicy.* Wycięcie macicy z powodu jamistego naczyniaka. Sprawa bardzo rzadka.

T. Willis: *Ropień Potta.*

A. Victor: *Anatomiczne podstawy do studjów nad opadnięciem trzew.*

R. Leriche: *Podstawowe zasady patologji kości.*

1). Tworzenie się kości jest wynikiem zmian metaplastycznych podstawowej tkanki łącznej. Ta przemiana odbywa się w trzech okresach: a) obrzękowe nacieczenie z pomnożeniem włókien łączno-tkankowych, b) nacieczenie przez t. zw. substancję przedkostną, c) okładanie sie wapnia.

2). Przemiana kostna może mieć miejsce we wszystkich rodzajach tkanki łącznej, będąc sprawą nie zależną od czynności komórek.

3). Okostna nie tworzy czynnie kości, ale ulega w pewnych warunkach biernemu skostnieniu.

4). Przemiana kostna tkanki łącznej jest procesem nie stałym, mogąc ustępować miejsca resorbcji kości, odbywającej się w dwojaki sposób (*osteolysis* i *osteoclasia*).

D. Cobb: *Sprawy chorobowe przewodu żółciowego wspólnego powodujące żółtaczke.* Praca oparta na obserwacji 142 chorych.

T. Meleney a. F. Stefens: *Pooperacyjne zakażenie ran i jego stosunek do roznosicieli z pomiędzy personelu operac.* Przez pewien czas na oddziele autorów wiele ran pooperacyjnych ulegało zropieniu. W 33% przypadków ropienie to zostało wywołane przez *streptococcus haemolit.* Autorowie stwierdzili, że zakażenie następowało z ust i nosa operatora, służby i przypatrujących się lekarzy. Stąd dochodzą do wniosku, że osoby znajdujące się w pobliżu pola operacyjnego powinne mieć maskę.

Reyes: *Wyniki chirurgicznej poprawy położenia macicy.* Praca statystyczna.

J. Goforth: *Złośliwy czerniak sromu.* Opis trzech przypadków. Wszystkie rozwinęły się pierwotnie na wargach dużych na tle znamion barwikowych. Autor zaleca znamiona barwikowe sromu wcześnie usuwać, by uniknąć ich złośliwego bujania.

R. Smith. a. W. Torgerson: *Mięsaki gruczołu krokowego.* Opis przypadku. Sprawa bardzo rzadka. Dotychczas ogłoszono dopiero 84 przypadków. (Dokładna statystyka).

Chirurgja kliniczna:

E. Polya: *Technika zabiegów przy raku błony śluzowej policzka.*

J. Arce: *Technika torakotomji.*

H. Frank: *Technika dwuczasowego zabiegu przy uchyłkach przełyku (div. e puls.).*

F. Temple: *Przecięcie korzonków przy raku karku.*

C. Brooks, W. Clinton a. B. Ashley: *Przetoka jelitowa. Jej chirugiczne znaczenie.*

Ch. Simmons: *Rak jamy ustnej. Wyniki leczenia przez zabieg i stosowanie radu.*

W. Couths: *Boczne cystogramy.*

J. Bacon: *Nowy przyrząd do zespolenia jelitowego.*

O. Lamson: *Sposób leczenia pooperacyjnej przepukliny brzusznej.*

J. Kreiselman a. H. Kane: *Użycie etylenu w położnictwie.*

XLIII/4. 1926.

L. Pollock: *Postrzałowe uszkodzenie splotu ramiennego.* Praca ogólna.

G. Harrison: *Kamienie gruczołów i przewodów ślinowych.* Autor przytacza 27 przypadków kamieni ślinowych, a to 15 ślinianki podszczękowej, 10 przyusznej i 2 podjęzykowej. Najczęściej więc tworzą się kamienie w śliniance podszczękowej i to dwa razy częściej w przewodzie, niż w samym gruczole. Kamienie te są zwykle pojedyncze, ale mogą być również liczne. Objawy miejscowe są spowodowane utrudnieniem odpływu śliny. Rozpoznanie nie jest łatwe. Bardzo pomocne w postawieniu tegoż są roentgenogramy, które w 80% są dodatnie.

E. Beer: *Kwas moczowy i kamienie moczanowe w nerce.* B. przytacza sześć przypadków kamieni moczanowych nerki, których nie można było wykazać promieniami R.

J. Wolfer: *Guzy karcinoidne jelit.* Od czasu do czasu spotyka się w piśmiennictwie opisy małych guzów wyrostka robaczkowego lub jelita cienkiego, powoli rosnących, bez objawów złośliwych, a posiadających obraz histologiczny podobny do raka. Autor obserwował podobny guz na dwunastnicy: 49-letni mężczyzna począł cierpieć sześć tygodni przed przyjęciem do szpitala na bóle w okolicy pępka, którym zwykle towarzyszyły wymioty. Klinicznie nie można było mimo bardzo dokładnych badań postawić pewnego rozpoznania. Podczas zabiegu znaleziono na dwunastnicy, tuż poniżej odźwiernika guzek średnicy 6 mm. Guzek ten nie okazywał miejscowo żadnych cech złośliwości. Po wycięciu okazało się, że obraz histologiczny przypomina raka.

A. Plaut: *Stosunek rokowania do obrazu histologicznego w raku szyjki macicy.*

R. Corbett: *Kliniczny typ kamicy żółciowej przypominający przypadki nerkowe.* Obserwowane dwa przypadki kamicy żółciowej dawały nadzwyczaj podobny obraz do kamicy nerkowej: bóle w okolicy lędźwiowej promieniujące ku udom, uczucie pieczenia przy oddawaniu moczu, częste moczenie, mocz krwawy. Badanie moczu również z niektórych względów przemawiało za kamicą nerkową. Na wykonanych jednak pyelogramach stwierdzono zupełnie prawidłowe nerki i miedniczki, natomiast powyżej cienia miedniczki zauważono słaby okrągły cień dodatkowy. Po podaniu tetrajodfenolftaleiny okazało się że jest to kamień w woreczku żółciowym. Zabieg to potwierdził.

E. Bloock: *Kamica żółciowa u murzynów.*

L. Brady: *Zabieg Watkina przy wypadnięciu macicy.*

M. Douglass: *Ciąża po usunięciu trąbki.* W czterech przypadkach w następstwie wycięcia trąbek, wszyto jajnik do rogu macicy. Menstruacja odbywała się prawidłowo, w jednym przypadku nawet nastąpiło zapłodnienie, z następowem poronieniem.

W. Moore: *Przepuklina jajnikowa.* Opis przypadku. Autor uważa tę przepuklinę za bardzo rzadką. Wedle niego ogłoszono dotychczas zaledwie 138 przypadków.

A. Kurty: *Exostosis subungualis.* Na podstawie obserwacji 42 przypadków omawia K. szczegółowo etjologję, patologję, symptomatologję i terapję sprawy. Przebieg schorzenia jest następujący: przy wolnym brzegu paznokcia ukazuje się guzek, z początku gładki później nierówny, wrzodziejący, bolesny zwłaszcza przy chodzeniu. Paznokieć zostaje uniesiony, a w końcu się przełamuje, odsłaniając cały guzek. Chodzenie staje się bardzo uciążliwe.

G. Hays: *Pneumatyczne pęknięcie kiszki.* Opis przypadku.

Chirurgja kliniczna:

G. Kurtis: *Chirurgiczne leczenie wola.*

J. Masson: *Technika zabiegu Mayo przy przepuklinie pęcherzowej.*

J. Finney: *Pyloroplastyka Finneya.*

R. Te Linde: *Amputacja szyjki macicy.*

R. Harbin: *Sposoby wycięcia uchyłka Meckela.*

A. Word: *Sposób zamknięcia „trudnej otrzewny" („difficult" peritoneum).*

C. Davis: *Krytyczny przegląd 500 porodów.*

H. Conn: *Amputacyjne kikuty dolnej kończyny.*

L. Mann: *Wyniki stosowania promieni R. przy złośliwych nowotworach dróg moczowych.*

XLIII/5. 1926.

H. Brunn i F. Pearl: *Polyposis gastrica diffusa, adenopapillomatosis gastrica.* Sprawa iest rzadka. W piśmiennictwie jest ogłoszonych ledwie 84 przypadków, wliczając w to już 12 przypadków autora, przytoczonych w niniejszej pracy. Może być pochodzenia wrodzonego lub nabytego na tle zapalnym, a rozwija się w postaci ograniczonych guzków lub płaskich wyniosłości. Daje się wywołać drogą doświadczalną. Objawów charakterystycznych nie daje, toteż najważniejszem pomocniczem badaniem celem postawienia rozpoznania jest prześwietlenie. Bujanie złośliwe następuje w 12%. Leczenie chirurgiczne.

R. Bettman: *Wytworzenie sztucznych zrostów opłucnowych.* Dotychczasowe sposoby ochrony jamy opłucnowej przed zakażeniem przy nacinaniu ropni płucnych są nie wystarczające. Autor usiłował doświadczalnie w tym celu wywołać zrosty, wstrzykując do jamy opłucnowej jodynę, alkohol, eter, formalinę itd., ale bezskutecznie. Wreszcie udało mu się stwierdzić, że

wprowadzony do jamy opłucnowej, a przymocowany do mięśni międzyżebrowych kawał taśmy, prowadzi (pozostawiony tamże na przeciąg siedmiu dni) do wytworzenia się silnych zrostów, Taśmę tę w razie potrzeby w każdej chwili można usunąć.

I. Balensweig: *Osteochondritis femoris u dorosłych i jej następstwa.* Autor przytacza obserwację 18 przypadków. Sprawa występuje przeciętnie w 13 roku życia, zajmując częściej staw biodrowy lewy, a trwa przeciętnie 6 miesięcy. U obu płci występuje w jednakowej odsetce. Powoduje przeciętne skrócenie kończyny o $1^{1}/_{2}$ cm. Końcowe wyniki 13 do końca obserwowanych przypadków są następujące: w 3 bardzo dobry, w 2 zadawalniający, w 7 słaby a w 1 zły.

Stopniowy rozwój sprawy należy ująć następująco: 1-sze dziesięciolecie — chor. Perthesa, 2-gie *osteochondritis femoris,* 3-cie i później — *osteoarthritis.*

G. Hunner: *Sączkowanie w schorzeniach nerkowych.*

R. Colp: *Pylephlebitis na tle zapalenia wyrostka robaczkowego.* Jeżeli sprawa jest rozpoznana przed zabiegiem, wymaga podwiązania *v. ileocoecalis* zanim się przystąpi do wycięcia wyrostka robaczkowego. Jeśli natomiast powikłanie to wystąpi lub zostanie rozpoznane po zabiegu, postępowanie chirurgiczne ogranicza się tylko do nacięcia ropnia wątrobowego jeśli taki się rozwinie.

J. Masson: *Włókniakomięśniaki pasorzytnicze.* Opis sześciu przypadków.

S. Boorstein: *Wrodzona symetryczna brachydaktylia.* Opis przypadku.

S. Hirsch: *Wpływ promieni R. na obniżoną czynność jajników.* Naświetlanie jajników promieniami R. może doprowadzić do poprawy ich czynności, co sie objawia regularnem występowaniem menstruacji, zajściem w ciążę i rodzeniem zdrowych dzieci.

Chirurgja kliniczna:

S. Judin: *Amputacja interileo-abdominalna w przypadku mięsaka.* Wyzdrowienie. Ciąża i urodzenie zdrowego dziecka.

S. Koch: *Pokrywanie ubytków.*

J. Arce: *Technika zabiegu Ivanisseviche'a przy żylakach powrózka nasiennego.*

M. Myerson: *Postępowanie przy raku przełyku.*

R. Ghormley: *Stawy Charcota w przypadku jamistości rdzenia.*

R. Cron: *Zapobieganie i leczenie wypadnięcia macicy.*

J. Smith i H. Christensen: *Przetoki jelitowe.*

*Janik* (Lwów).

## Archives of Internal Medecine.

V. 38. Nr. 5.

William Leunox, Marie, O'Camor, Margaret Bellinger: *O zmianach w chemizmie krwi w czasie głodu.* W 30 przypadkach osobników pozostających na głodówce wykazano we krwi wzrost azotu niebiałkowego i mocznika. Inne ciała azotowe zachowywały poziom niezmieniony, kwas moczowy natomiast wzrastał. Po ponownem podaniu pokarmów azot niebiałkowy, mocznik i kwas moczowy ulegały zniżce do wartości niżej prawidłowych. Co się tyczy cukru, to w pierwszym tygodniu postu obniżał się znacznie, później jednak z powrotem wzrastał. Z ciał nieorganicznych fosfor i sok wapnia zachowywały poziom bez zmiany, natomiast cholesteryna i fibryna wahały się w kierunkach różnych.

E. v. Platou. Leo Rigler (Minneapolis). *O leczeniu róży promieniami Roentgena.* Omawiają dość szczegółowo dotychczasowe wyniki otrzymane w leczeniu róży i oceniają je jako niewystarczające. Natomiast podają za leczenie swoiste leczenie róży promieniami Roentgena, które w tej chorobie działają miejscowo i ogólnie, skracając ją do czasu trwania zaledwie kilku dni, i zmniejszając znacznie odsetki śmiertelności. W tym celu stosowali naświetlania jednoposiedzeniowe na poszczególne 4 pola głowy (w przypadkach róży na twarzy) o sile 5 Miliamperów przez 5 minut. Odstęp tubusa 10 cali, filter aluminiowy dwumilimetrowy.

Setizaburo Okada, Toskio Kameda, Eiichi Sakurai (Tokio). *O podstawowej przemianie materji u Japończyków.* Wykonywali badania nad zachowaniem się przemiany materji u studentów japońskich i stwierdzili, że procesy te przebiegają torem identycznym z procesami przemiany u Europejczyków i Amerykanów.

W. L. Palmer (Chicago). *O mechaniźmie bólu przy wrzodzie żołądka i dwunastnicy.* Co się tyczy achlorhydrji, spotykanej w niektórych przypadkach wrzodu żołądka i dwunastnicy radzi autor powtarzać częściej badanie treści żołądkowej które prócz po podaniu próbnem pokarmów, należy badać także i po injekcjach histaminy, jakoteż i w napadzie bólów. Ostatecznego wytłómaczenia mechanizmu bólów nie podaje.

F. W. Lathrope (Baltimore). *O karłowatości nerek.* Przedstawia przypadek sekcyjnie stwierdzonej nerki karłowatej obustronnej u dziewczyny 15-to letniej z cechami niedorozwoju. Stwierdzono w moczu ślad białka, i dosyć c. wypocinowych, pozatem nic więcej. Podniesienia parcia krwi nie było, podobnie też ani przerostu serca, ani zmian miażdżycowych. Z objawów klinicznych zauważono polidypsję i poliurję, pozatem silną senność chorej i wyczerpanie ogólne.

E. Bogen (Los Angelos). *Arachnidismus.* Podaje objawy kliniczne i zmiany chorobowe powstałe wskutek ukąszenia jadowitych pająków (*Latrodectus mactans)* w Ameryce północnej. Przypadek przedstawiony przez autora dotyczył osobnika, który w miejscu ustępowem został ukąszony w prącie przez takiego pająka. W krótki czas później można było wykazać deskowate napięcie powłok brzusznych i kurczowe bole w jamie brzusznej. Jak wynika z zestawienia amerykańskiego piśmiennictwa trudno jest na razie ustalić objawy, któreby były patrynomiczne w tych stanach.

Henryk Pancost, Russell S. Boles (Filadelfia). *O przepuklinie przeponowej lewostronnej.* Podaje metody roentgenologiczne przy pomocy których umożliwia stwierdzenie przepukliny przeponowej.

Glover H. Copher, Shuichi Kodama (St. Louis). *O regulacji dopływu żółci i soku trzustkowego do dwunastnicy* Autorowie stwierdzają, że napięcie *(tonus)* i ruchy robaczkowe dwunastnicy stanowią główny czynnik regulujący w dopływie doń żółci i soku trzustkowego to też leki np. żółciopędne działają przedewszystkiem na stan napięcia i ruchów rob. dwunastnicy.

A. Galambos (N. York). *Bezpośrednie badanie soku żołądkowego.* Zestawia wyniki otrzymane przez stosowanie sondy Rehfuss'a do frakcyjnego badania treści. Badanie *motilitas* żołądka za pomocą tej sondy jest możliwe.

W. F. Petersen, D. A. Willis (Chicago). *O przepuszczalności naczyń włosowatych i o wskaźniku zapalnym skóry.*

Harold Jones, Abrah. Cantarov (Filadelfia). *O modyfikacji próby na oznaczenie koncentracji mocznika.*

*Z. Tomanek* (Lwów).

## Piśmiennictwo niemieckie.

### Gruźlica.

### Zeit. für Tuberkulose.

Tom I. 43.

Ghon: *O jamach gruźliczych u niemowląt.* Jamy w płucach nie należą do obrazów rzadkich w przebiegu gruźlicy niemowlęcej. Materjał sekcyjny, podany przez autora, obejmuje 203 przypadki gruźlicy u niemowląt, śród których w 34% autor stwierdził jamy. Po dodaniu przypadków z ogniskami zserowaciałemi, które autor uważa za okres poprzedzający jamy, odsetka podnosi się do 46,6%, t. j. prawie połowy wszystkich przypadków gruźlicy u niemowląt. Autor odróżnia dwa rodzaje jam: 1) t. zw. jamy pierwotne, powstałe z rozmiękczonego ogniska pierwotnego, 2) t. zw. jamy wtórne z ognisk przerzutowych lub powstałych przy suprinfekcji zewnętrznej. Pierwotne jamy charakteryzują cechy następujące: 1) umiejscowienie najczęściej podopłucnowe, 2) mocne zrosty opłucnowe dookoła, 3) brak innego ogniska pierwotnego w płucach lub poza płucami. W 75% jamy u niemowląt pochodzą z ogniska pierwotnego. Najczęściej spotykał autor jamy pojedyńcze, bywają jednak po dwie lub kilka w płucach. W przypadkach gruźlicy z jedną jamą nie stanowi ona zawsze zejścia ogniska pierwotnego. Może ono istnieć poza płucami, jama tem nie mniej jest wtórna. Przy jamach licznych jedna z nich bywa pierwotna, obok innych wtórnych. W 91% przypadków gruźlicy jamistej autor stwierdzał objawy generalizacji gruźlicy drogą krwionośną. Powikłanie zapaleniem opon mózgowych stwierdził w 29% przypadków.

Skutetzky: *Wartość odczynu surowiczego podług Matefy przy określaniu stanu czynnościowego sprawy gruźliczej.* Ponieważ warunkiem wczesnego leczenia gruźlicy jest wczesne rozpoznanie, a wcześnie rozpoczęte leczenie ma więcej szans powodzenia, więc nie ustaje dążenie do udoskonalenia metod rozpoznawania gruźlicy, któreby w pierwszym rzędzie już na początku choroby pozwalały na odróżnianie sprawy czynnej od nieczynnej.

Należyte ocenianie ogólnych objawów toksycznych, udoskonalenie opukiwania i osłuchiwania przez dawniejszych klinicystów, połączenie badania fizykalnego z kilkakrotnie powtarzanem prześwietlaniem promieniami X, zmiany obrazu krwi i próby

tuberkulinowe, wreszcie — swoiste i nieswoiste metody badania serologiczne, stanowią to, czem rozporządza obecnie klinicysta dla ocenienia, czy sprawa jest czynna.

Odczyn znaleziony przez Matefy należy do nieswoistych odczynów serologicznych.

Metody serologiczne rzekomo swoiste są różne: 1) Aglutynowanie pałeczek Kocha przez surowicę chorego, jako sposób odróżniania spraw czynnych, nie dało pewnych wyników. Dawniej próby te robił Koch, Behring, Arloing i Courmont. Ostatnio Fornet udoskonalił tę metodę przez odtłuszczenie za pomocą eteru pałeczek gruźliczych. Stwierdzono jednak, że metoda ta nie jest miarodajna: ciężarne kobiety niegruźlicze aglutynują te pałeczki. 2) Wiązanie dopełniacza wprowadzone do nauki o gruźlicy przez Besredkę, Boquet'a, Nègre i Wassermanna nie dało pewnych wyników. Przy kile wypada ono też dodatnio i nie daje dowodu, czy mamy w ustroju tylko pałeczki czy też tkanki gruźlicze. Wiązanie dopełniacza wypadło dodatnio w 75% u gruźlików, w 20% u luetyków, w 5—10% u zdrowych.

Co do metod nieswoistych, polegających na precypitacji i kłaczkowaniu, wymienić należy próbę Hollaendra (strącanie surowicy za pomocą rozcieńczonej 10 krotnie tuberkuliny), dalej mierzenie szybkości opadania krwinek, określenie lipazy krwi, odczyny na chwiejność osocza (Starlinger Frisch). Większość tych odczynów oparta jest na zmianie wskaźnika właściwego surowicy. Zmianę taką w stosunku albumin do globulin stwierdza się w każdej chorobie idącej w parze z rozpadem komórek i tworzeniem toksyn. Prawidłowa ilość albumin: ilości globulin = 4,5:3,1. W czasie głodu, w czasie przenikania produktów białkowych do obiegu, stosunek ten zmienia się na korzyść globulin i fibrinogenu, t. j. na korzyść składników mniej *dispers*. Podniesienie ilości globulin jest wskaźnikiem rozpadu tkanek; takie zmienione surowice są bardziej chwiejne i skłonne do kłaczkowania. Stosowano różne odczynniki dla kłaczkowania, a więc Daranyi — alkohol + sól. Mündel — amon. sulfur., Sachs $CaCl_2$ + lecytynę. Wreszcie Matefy — alum. sulfur.

Dla wykonania próby Matefy należy pobrać krew kilka godzin przed posiłkiem. Po oddzieleniu skrzepu, należy naczynie z krwią wstawić do lodowni na 24 godzin. Nazajutrz zdjąć ostrożnie pipetą 0,2 $cm^3$ surowicy, dodać 1,3 cm. środka kłaczkującego, t. j. ½‰ *alum. sulfur.* + 1‰ NaCl, mieszać i obserwować w ciągu 1½ godziny. Kłaczkowanie następuje tem szybciej, im cięższy jest przypadek i odwrotnie.

O ile kłaczkowanie następuje po 15 minutach, to oznaczamy to przez ++++
O ile kłaczkowanie następuje po 30 minutach, to oznaczamy to przez +++
O ile kłaczkowanie następuje po 60 minutach, to oznaczamy to przez ++
O ile kłaczkowanie następuje po 90 minutach, to oznaczamy to przez +

Autor badał w tym kierunku 151 surowic: w tem 45 przypadków gruźlicy klinicznie czynnej i otrzymał w 37 t. j. 82% przypadków wynik dodatni.

| | |
|---|---|
| Postać gruźlicy wysiękowa dała na 20 przypadków: | 2 ++++ |
| | 6 +++ |
| | 7 ++ |
| | 3 + |
| | 2 — |
| Postać gruźlicy wytwórcza dała | 0 ++++ |
| | 0 +++ |
| | 1 ++ |
| | 4 + |

Postać gruźlicy zagojona dała 6 przyp. ujemnych i ani jednego +.

Postać gruźlicy początkująca daje pomimo objawów czynności b. mało +, widocznie za mało globulin jeszcze w surowicy się zdążyło wytworzyć. Dlatego odczyn Matefy ujemny nie jest dowodem, że niema gruźlicy początkowej.

Wnioski: 1) Jako dowód rozpadu tkanki może być odczyn Matefy używany jako środek do oceniania czynności sprawy *tbc;* 2) odczyn ten jest wygodnym i dokładnym sprawdzianem przebiegu gruźlicy; 3) nie może być wyzyskany tam, gdzie idzie o *tbc. incip.;* 4) przewlekłe niegruźlicze zapal. oskrzeli nie dają dodatniego odczynu i dlatego można je różniczkować od *tbc.;* 5) u ludzi zdrowych odczyn jest ujemny; 6) *Ca. nephritis chron., hypertonia, pneumonia, lues* dają również dodatni wynik. Przy Wa +, Matefy był dodatni w 10 na 12 przyp.; przy Wa — w 3 na 10 przyp. ciąża i połóg — 70% Mat. +.

Guth: ***Rozpoznawanie stanu czynnego gruźlicy.*** Używa się przeważnie pojęcie gruźlica czynna w sensie: wymagająca leczenia. Ustalenie, jaki gruźlik wymaga leczenia, a jaki nie — jest rzeczą niezmiernie ważną, nietylko dla tych, którzy powinni być leczeni, ale i dla tych, dla których leczenie nie jest potrzebne i których w ten sposób można ochronić przed ekonomicznemi i moralnemi przykrościami pobytu w zakładzie. Według Klemperera istnieje niebezpieczeństwo „za wczesnej diagnozy" gruźlicy, gdyż przysparza się neurasteników i hypochondryków przez leczenie spraw nieczynnych i leczenia niewymagających.

Hajek uważa, że każda gruźlica jest czynna, dopóki w organiźmie mamy żywe pałeczki Kocha.

Ritter uważa, że określenie Backmeistra: *tub. latens, stationaris* i *progrediens* w zupełności mogą zastąpić pojęcie czynnej i nieczynnej gruźlicy.

Guth patrzy na sprawę ze stanowiska odporności i powiada: mamy siły atakujące i siły obronne; o ile przeważają atakujące (choroba), to mamy *tub. progrediens,* o ile przeważają obronne, to mamy *tub. latens,* o ile zaś utrzymuje się równowaga chwiejna między obu siłami, gotowa przychylić się to w jednę, to w drugą stronę, to mamy *tub. stationaris. Tub. stationaris* i *tub. progrediens* stanowią to, co nazywamy gruźlicą czynną.

Autor czyni analogję: *tub. progrediens* to auto w ruchu; *tub. latens* auto w spoczynku; *tub. stationaris* auto zahamowane, ale z motorem czynnym.

*Tub. stationaris* zwykle wymaga nie stałego leczenia, lecz stałej obserwacji. Pojęcie sprawy czynnej nie pokrywa się więc z pojęciem sprawy wymagającej leczenia. Jednak na początku choroby, kiedy siły obronne organizmu jeszcze nie są dostatecznie wyrobione, trzeba każdą sprawę czynną leczyć.

Autor poddaje ocenie krytycznej wszystkie metody badania gruźlików ze stanowiska ich wartości dla rozpoznania: sprawą czynna czy nieczynna.

Zaczynając od wywiadów, podkreśla, że wiek (okres dojrzewania, młodzieńczy, ogniska pierwotne w wieku młodzieńczym) posiada znaczenie dla ciężkości i rokowania, stad i dla ocenienia możliwej czynności choroby; dalej płeć — wiadomo, że płeć żeńska jest bardziej wrażliwa na gruźlicę, a zwłaszcza ważne są okresy wagotoniczne w życiu kobiety, jak menstruacja, ciąża, połóg. Według autora, nie należy sądzić o czynności sprawy gruźliczej u kobiety, zanim się jej nie obserwuje w czasie perjodu: jej stanu ogólnego, ciepłoty, wagi i samego ogniska. O ile jest stwierdzona wogóle gruźlica, to poty, spadek wagi, anemja zawsze mogą być uważane za objawy czynności sprawy niedawno przebytej; powtarzające się zap. płuc, influence, zap. opłucnej, bóle w kościach i stawach, kaszel i obfite plwociny oczywiście mogą mieć znaczenie dla oceny czynnościowej.

Co do menstruacji, to *dysmenorrhea* jest charakterystyczna dla spraw czynnych; w sprawach przewlekłych spotykamy perjod przedłużony; przy sprawach czynnych przeciwnie; w przypadkach ostrych postępujących — zupełne zatrzymanie perjodu. W okresie menstruacyjnym spotykamy wzniesienie ciepłoty, wzmożenie objawów wysłuchowych w ognisku. Wszystkie te dane z wywiadów mogą dostarczyć dużo materjału dla zorjentowania się, czy mamy do czynienia z sprawą czynną.

Co do *wyników klinicznego badania:* jedno badanie zupełnie nie może wystarczyć dla rozpoznania gruźlicy, a tembardziej dla rozpoznania sprawy czynnej. Stwierdzenie rzężeń wcale nie wystarcza, gdy w otoczeniu zbliznowaciałej tkanki gruźliczej również słyszymy rzężenia warunkowane przez czynniki mechaniczne, i przez katary nieswoiste. Dalej, istnieją niegruźlicze katary szczytów, dające rzężenia. Co do lokalizacji — to sprawy nieszczytowe są bardziej podejrzane o czynność, gdyż są to przeważnie późne pierwotne ogniska lub przerzutowe *pneumoniae* hematogenne.

Częściej powtarzające się nawroty zap. oskrzeli, katary, influence ze stanem podgorączkowym są szczególnie ważnemi objawami czynności.

Obrazy Rg pozwalają tylko robić przypuszczenia o czynności sprawy, ale same przez się nie mogą dać wyników pewnych.

Znalezienie pał. Kocha w plwocinie też nie może być pewnym dowodem sprawy czynnej. Jedynie nagłe zjawienie się pałeczek w plwocinie, która dotychczas ich nie zawierała, może być dowodem, że sprawa staje się czynna.

Podczas gdy gorączka zawsze jest dowodem czynności, to przy stanach podgorączkowych należy pamiętać, że istnieją ludzie o nieprawidłowo nastawionej regulacji cieplnej, niechorzy organicznie, hypochondrycy i neurastenicy. Waga tych ludzi łatwo idzie w górę, podczas gdy gruźlik nie łatwo tyje. Również krzywa ciepłoty u gruźlików nieczęsto jest taką równomierną, jak u tych neurasteników.

Guth podkreśla doniosłość prób czynnościowych dla rozpoznania spraw czynnych. Ruch wywołujący natężenie lub występowanie rzężeń, wzgl. wzrost ciepłoty po ¾—1½ godzinach marszu dowodzi czynności, ale brak tego objawu nie wyklucza czynności.

Obecność innych chorób, jak *lues, typhus, malaria, pneumonia* wpływają pobudzająco przeważnie na sprawę *tbc.*

*Tbc.* krtani opłucnej, jelit, kości, stawów — zawsze są dowodem zmian czynnych.

W moczu białko +, *diabetes*, diazo +— mogą być dowodami sprawy czynnej.

Dużą wagę należy przypisać wynikom badań dodatkowych, które Guth nazywa wegetacyjno-allergicznemi. W zmianie odczynów ze strony ukł. roślinnego dopatruje się autor podstawy całego szeregu objawów. Szybkość opadania krwinek, aglutynacja pałeczek Kocha, odczyny kłaczkowania w sumie mogą mieć decydujące znaczenie dla rozpoznania: sprawa czynna.

W obrazie krwi można według Schillinga odróżnić 3 fazy: 1) neutrofilną-fazę walki; 2) monocytarną-fazę obrony i przezwyciężenia; 3) limfocytarną-fazę gojenia. Badania muszą być kilkakrotne.

Określenie krzywej tętna i ciśnienie krwi po adrenalinie (jeden z 5 typów autora) może być środkiem pomocniczym, ale z zastrzeżeniem, że momenty konstytucyjne wpływają na sposób reagowania.

*Specyf.-allergiczne metody badania.* Różnice odczynu (u różnych chorych lub u tego samego chorego w różnych okresach choroby) na tuberkulinę powinnyby służyć za sprawdzian stadjum lub charakteru choroby. Jednak tak nie jest, gdyż nie posiadamy dostatecznego zrozumienia na czem polega działanie tuberkuliny i jak ją należy dawkować. Według Rittera ogniska czynne, to takie, które oddają substancje specyficzne organizmowi i prowadzą w ten sposób do dodatniego odczynu tuberkulinowego.

Ocenienie odczynu skórnego jest zawsze trudne, gdyż zależy on nietylko od specyficznej ogólnej i miejscowej wrażliwości, ale również od niespecyficznej, polegającej na pobudliwości nerwów naczynioruchowych. Odczyn Pirquet'a u dorosłych nie może być wykorzystany dla oceny czynności sprawy. Odczyn Hamburgera, Mantoux również pod tym względem nie mogą dać wyników. Altmann i Gaube, sądzą, że wrażliwość na skórne i podskórne odczyny jest naogół jednakowa i równoległa.

Nieraz odczyn doskórny wywołuje podniesienie ciepłoty, pomimo braku gruźlicy; mamy tu, prawdopodobnie, do czynienia z nadpobudliwością ukł. wegetacyjnego, obejmującą również ośrodek cieplny.

Lekkie nieczynne sprawy często dają wybitne odczyny skórne.

Nieraz odczyn doskórny jest ujemny, a podskórny dodatni, z podniesioną ciepłotą. Stąd wniosek: odczyn skórny jest zależny od zbyt wielu czynników, aby można go uważać za sprawdzian czynności sprawy. Natomiast wzniesienie ciepłoty przy śród — lub podskórnym odczynie może dawać pewne wskazówki na czynność, o ile inne momenty, jak neurozy, *thyreoidismus* zostają jako przyczyny gorączki wykluczone.

Co do odczynu ze śluzówek (Wolff-Eisner) ma autor takie same zastrzeżenie, jak co do odczynów skórnych.

Autor stosował podskórne metody z tuberkuliną równolegle z innemi specyficznemi i niespecyficznemi metodami badania dla porównania tych wyników. Rozróżnia następujące grupy chorych według tych reakcji: 1) wykazujący szybko mijającą wrażliwość na tuberkulinę — przeważnie przypadki lżejsze z dobrze rosnącą wagą i odpowiednim typem krzywej adrenalinowej; 2) wykazujący stałą jednakową wrażliwość — są to zaostrzanie spraw starych lub chorzy w okresie typu II. Waga niełatwo wzrastała u tych chorych, krzywe adrenalinowe należą do typu III i IV. Do tej grupy należą jednak też neurastenicy i thyreotycy, których waga jednak łatwo wzrasta i krzywe adrenalinowe odpowiadają typom I i II.

Przy wykluczeniu innych przyczyn możemy wnioskować z dodatniej reakcji na podskórnej tuberkulinie o czynności sprawy. Brak odczynu gorączkowego przy szybkiem podniesieniu dawki zezwala na wniosek, że leczenie jest zbyteczne. To samo twierdzi Backmeister: ujemny wynik próby podskórnej wyklucza obecność ogniska czynnego. Niewolno próbom takim poddawać przypadków jawnie czynnych.

Wiązanie dopełniacza wypada dodatnio u znacznej większości gruźlików, ale również w pewnym odsetku niegruźliczych. Odróżnienie spraw czynnych od nieczynnych nie może się na tem opierać; odchylenie to conajwyżej daje pojęcie o przebyciu procesu *tbc.* wogóle, i to po wykluczeniu innych spraw, jak *lues*, malaria etc. We wczesnych okresach choroby u dorosłych, gdzie rozpoznanie choroby *tbc.* jest niemal równoznaczne z rozpoznaniem czynności sprawy, wiązanie dopełniacza ma takie samo znaczenie jak odczyn Pirquet'a przy pierwotnych ogniskach u dzieci.

Poglądy na znaczenie odczynu na własny mocz (Wildbolc) są b. sprzeczne.

Frisch stara się wnioskować o czynności sprawy na zasadzie okresu czasu upływającego aż do wystąpienia najsilniejszego odczynu na tuberkulinę.

Tylko stosowanie wielu metod współcześnie może pozwolić na ocenę, czy sprawa jest czynna czy też nie.

*K. B. G.* (Łódź).

## RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH — ZJAZDY.

### Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

XIX. Posiedzenie naukowe w dniu 4 czerwca 1926.

1. Kol. Węgłowski przedstawił *przypadek przetoki tętniczo żylnej* na ramieniu po postrzale.

Inwalida 36 lat był zraniony kulą karabinową przed 9 laty, operowany nie był; w ciągu ostatnich 2 lat powstały zmiany w lewem przedramieniu: przedramię znacznie obrzękłe, zmniejszyła się siła motoryczna; na skórze palców oraz przedramienia wytworzyły się głębokie wrzody przenikające.

W ostatnich miesiącach całkiem utracił możność używania ręki. W górnej trzeciej ramienia wyczuwa się niewielki tętniący guz, w którym dają się słyszeć wyraźne szmery.

Najciekawsze to, że wszystkie żyły głębokie i podskórne na ramieniu są znacznie rozszerzone i tętniące, co powstało wskutek przenikania krwi tętniczej do żyły i rozszerzenia tych żył w ten sposób, że normalnie istniejące zastawki żylne były niedostateczne do przeciwdziałania ciśnieniu krwi tętniczej.

Mówca ma zamiar wykonać operację, polegającą na odłączeniu i zeszyciu żyły ramiennej, wycięciu zmienionego odcinka tętnicy i przeszczepieniu odcinka żyły podskórnej, wziętej tuż obok.

2. Kol. T. Fałkiewicz (Klinika neurologiczna U. J. K. Dyr. Prof. Dr. H. Halban.) przedstawił: *surowicze zapalenie opon z przebiegiem klinicznym guza mózgu.*

Pojęcie chorobowe *meningitis serosa* nie jest dostatecznie wyjaśnione ani pod względem patogenezy, ani też pod względem swych najrozmaitszych postaci klinicznych. Etjologja w niektórych wypadkach jest zupełnie ciemna. Quincke, Groer i i. przyjmują w tych razach skłonność. Choroby infekcyjne, ropne zapalenie ucha środkowego i uraz głowy są najczęstszym czynnikiem, wywołującym surowicze zapalenie opon. Czasem procesy zapalne w nosie lub w dodatkowych jamach nosa (Herzfeld, Meyer), czasem puerperjum są przyczyną; w końcu *insolatio* i chroniczny alkoholizm mogą wywołać ten proces chorobowy.

Klinicznie może się objawić *meningitis serosa* albo jako rozlane zapalenie opon i wtedy imponować może bądź jako ostre nagminne zapalenie opon, bądź też ma charakter więcej przewlekły, a wówczas jest bardzo podobne klinicznie do gruźliczego zapalenia opon. Najciekawsze i rozpoznawczo najtrudniejsze są przypadki, które odrazu zaczynają się od objawów wzmożonego ucisku wśródczaszkowego, lub nawet wprost od objawów guza mózgu. Mówimy wówczas o pseudotumorze. Występują te objawy wówczas najczęściej nagle: zaczyna się od silnych bólów głowy z wymiotami, do tego mogą się dołączyć wszystkie inne objawy typowe dla wzmożonego ucisku wśródczaszkowego jak spowolnienie tętna, obrzęk tarczy nerwu wzrokowego, nieraz napady drgawek ogólnych, nieraz postępujące zajęcie świadomości. Objawy ogólne mogą dominować podczas całej choroby, nierzadko nie przychodzi zupełnie do wystąpienia objawów ogniskowych. Nasilenie objawów ogólnych ulega znacznym wahaniom, jednak może i stale postępować naprzód. Niektórzy autorowie podnoszą jeszcze bolesność kręgów szyjnych, a czasem przestrzeni międzyżebrowych (Brasch, Oppenheim), jako wyraz napięcia opony względnie nadmiernego nagromadzenia się płynu mózgowo-rdzeniowego.

Objawy ogniskowe mogą być najrozmaitsze, naogół są one dość powierzchowne, a nasilenie ich ulega wahaniom. Niejednokrotnie w przeciągu stosunkowo niewielkiego czasu mogą zniknąć zupełnie lub zmniejszyć się, aby potem znowu w pełni wystąpić. Zależnie od umiejscowienia możemy mieć niedowłady nerwów mózgowych, niedowłady połowicze nawet z wystąpieniem nagłem o charakterze udaru mózgowego, objawy piramidowe, wszelkiego rodzaju zmiany w polu widzenia, zaburzenia mowy, drgawki Jacksona i t. d..

W rozpoznaniu różniczkowem między *meningitis serosa*, a guzem mózgu mogą czasem rozstrzygać dane z wywiadów jak np. przebyta choroba gorączkowa lub zapalenie ucha środkowego, albo uraz głowy. Niektórzy autorowie (Bregman, Krukowski, Oppenheim), podają skłonność do re- i inter-misji jako przemawiające raczej za pseudoguzem niż za guzem mózgu. Wiemy jednak, że i prawdziwe guzy posiadają czasem tę właściwość. Nonne podaje, że zwłaszcza tłuszczaki, piaszczaki i perlaki wykazują nieraz długotrwałe poprawy. Ostry początek choroby przemawia za surowiczem zapaleniem opon. Opisuje jednak Govers glejak mostu, który przez dłuższy czas nie dawał żadnych objawów kli-

nicznych, a potem nagle szybko doprowadził do śmierci. Czasem guzy czwartej komory zaczynają się gwałtownie. Ogólne objawy zwiększonego ucisku śródczaszkowego w niczem nie różnią się w obu procesach chorobowych. Bonhoeffer, Goldstein, Quincke, upatrują we wczesnem wystąpieniu obrzęku tarczy nerwu wzrokowego objaw przemawiający za surowiczem zapaleniem opon. Również z charakteru objawów ogniskowych nic możemy prawie żadnych konkretnych wniosków wyciągnąć, któreby nam pomogły w rozpoznaniu różniczkowem. Tak bowiem w przebiegu guza jak i w przebiegu surowiczego zapalenia opon możemy mieć wszystkie charakterystyczne objawy lokalizacyjne dla różnych guzów mózgu. Sievert, Goldstein, Ruhe, opisują nawet zapalenie opon z zespołem objawów guza przysadki, przyczem może przyjść nawet do zniszczenia siodełka tureckiego, oraz przypadki z uciskiem na *tuber cinereum* z objawami typowemi dla *dystrophia adiposo-genitalis* Froehlicha.

W płynie mózgowo-rdzeniowym wielka ilość białka przy braku pleocytozy każe nam myśleć raczej o guzie mózgu.

Dokładne opisy anatomo-patologiczne surowiczego zapalenia opon nie są wcale liczne w literaturze, gdyż z powodu naogół dobrotliwego charakteru procesu chorobowego rzadko tylko przychodzi do autopsji. Zawsze mamy w twardej oponie przekrwienie, a jeśli stan jest chroniczny to przyjść może i do zrostów. Pajęczynówka może nie wykazywać zmian i często dopiero drobnowidowe badanie wykazuje zgrubienia. W jej oczkach i zakamarkach spotyka się wtedy wysięk zwykle czysty lub tylko b. mało zmętniały. Komory mogą być niezmienione, najczęściej jednak są rozszerzone. Zwłaszcza w przypadkach przewlekłych może być *hydrops* tak wielki, że zmiany w oponach uchodzą naszej uwagi. Może więc i słusznie Boennighaus, Rothman kwestjonują czy istnieje *hydrocephalus idiopaticus*. Ucisk nagromadzonego w sieci pajęczynówki płynu powoduje zmiany na powierzchni kory mózgowej; niedokrwienie i spłaszczenie zwojów. Oprócz czysto mechanicznych następstw, opisują niektórzy autorowie wyraźne stany zapalne na powierzchni kory mózgowej. Może się zdarzyć, że nagromadzony płyn pod pajęczynówką zostaje w chronicznym przebiegu procesu ograniczony w jednem miejscu, lub też może on być od początku otorbiony. Takie zapalne torbiele jako zejście surowiczego zapalenia opon były opisane najpierw w obrębie rdzenia, gdzie za życia imponowały jako pozardzeniowe guzy. Placzek i Krase opisali dopiero później takie same torbiele w obrębie mózgu. Miejsca predylekcyjne dla tych torbieli są zbiornik móżdżkowo-mostowy i zbiornik nerwu słuchowo-twarzowego (prawdopodobnie z powodu najbliższego sąsiedztwa ucha, Barany). Dlaczego w niektórych przypadkach powstaje taka torbiel na sklepieniu mózgu nie umiemy sobie wytłumaczyć (uraz?). Płyn w takich ograniczonych torbielach jest zwykle jałowy.

Przypadek T. M. lat 48., przeszła w połowie 1925 r. dur a następnie ropne zapalenie ucha środkowego. Z początkiem lutego 1926 r. wystąpiły nagle bóle głowy z zawrotami i wymioty. Na klinikę przyjęta 14. II. 26 i pozostaje do dnia dzisiejszego w obserwacji klinicznej. Objektywnie w dniu przyjęcia oprócz nystagmu w lewo zwracało uwagę to, że chora leżała tylko na boku; gdy tylko położyła się na wznak ulegała zawrotom głowy i wymiotowała. Przy próbie chodzenia chora stawiała drobne kroki, na nieco szerszej podstawie, a cały tułów przechylony miała do tyłu, a nawet padała w tył, tak że chód ten przypominał niezborność móżdżkową. Ruchy głową nieco utrudnione, jednak bez sztywności karku. Dno oka prawidłowe, tak samo badanie uszu i aparatu przedsionkowego nie wykazało żadnych zmian.

24. II. 26. lekka sztywność karku, odruchy z Achillesa kloniczne, po stronie lewej Babiński dodatni. Psychicznie: chora wesoła i w wielkim stopniu zaznaczona chęć dowcipkowania *(moria)*.

1. III. 26. przy nakłuciu lędźwiowem napad drgawek: głowa skręcona w lewo, obustronnie toniczny skurcz kończyn, po prawej silniejszy aniżeli po lewej. W płynie mózgowo-rdzeniowym odczyn Wassermanna i odczyn ze złotem kolloidowem ujemny. Pandy ++++, Nonne ++, limfocytów 93/3.

Na dnie oka: *susp. quoad neuritidem incip.*

12. III. 26. Powtórnie napad drgawek, po napadzie niedowład lewej ręki, Babiński obustronnie dodatni. Chora stale euforyczna, dowcipkuje. Nie zawsze dobrze zorjentowana, opowiada o jakiejś sowie na klinice, którą tutaj niepotrzebnie się trzyma, a która jest powodem jej choroby, kiedyindziej o jakiejś małpie i t. p. Zawsze jednak wesoło, nawet gdy mówi o swych bólach głowy. Chód bardzo charakterystyczny: przechylona ku tyłowi, stawia drobne kroki, czasem zaznaczony chód boczny (Flankengang). Głowę przy chodzie trzyma zwróconą w lewo.

Prawa szpara powiekowa nieco węższa od lewej, prawy dolny nerw twarzowy gorszy od lewego. Dno oka: na lewem oku tarcza obrzękła, w obu oczach krwotoki przy tarczy.

30. III. 1926 r. Napad drgawek, po napadzie Babiński dodatni po stronie prawej, *adiadochokinesis* po lewej.

Okresowo chora jest apatyczna, śpi wiele. Przeważa jednak euforja z manją dowcipkowania.

Z początkiem kwietnia wystąpiły zaburzenia mowy o charakterze niemoty amnestycznej z perseweracją i zaznaczona apraksja. Chora opowiada wiele przeskakując z przedmiotu na przedmiot. Chód nieco lepszy.

Od drugiej połowy kwietnia zaczyna się poprawa: Babiński nie daje się wywołać, minimalna różnica nerwu VII dolnego na niekorzyść strony prawej.

Słaby nystagm w obie strony. Chód coraz lepszy, zrazu prowadzona przez dwie osoby, obecnie już chodzi przy pomocy jednej osoby, a nawet próbuje chodzić sama przy pomocy laski. Nie pamięta zupełnie stanu przebytego, nie poznaje lekarzy, którzy ją wtedy odwiedzali. Zorjentowana dobrze, mówi bez błędu, żadnej chęci dowcipkowania ani żadnej euforji.

Epikryza. Choroba rozpoczęła się nagle objawami ogólnemi wzmożonego ucisku wśródczaszkowego. Nystagm i zaburzenie chodu o charakterze niezborności móżdżkowej uprawniały w pierwszym okresie choroby do rozpoznania guza tylnej jamy czaszkowej. Już parę dni potem wystąpiły drgawki typu Jacksona, zaburzenia psychiczne pod postacią manji dowcipkowania, objawy piramidowe, a wreszcie zaznaczona apraksja i niemota czuciowa.

Objawy te dają dostateczną podstawę do rozpoznania guza lewego płata czołowego, tem więcej,że zaburzenia chodu typu niezborności móżdżkowej mamy przy guzach płata czołowego jako t. zw. niezborność czołowa Brunsa.

Przeciwko pierwszemu rozpoznaniu przemawia to, że stosunkowo dość późno wystąpił obrzęk tarczy nerwu II, i że przy tak wybitnych początkowo objawach ogólnych nie mieliśmy żadnych zaburzeń w obrębie nerwu V.

Od drugiej połowy kwietnia objawy zaczynają się wycofywać i co najważniejsze poprawa tak objawów somatycznych jak i psychicznych jest stała. Tego rodzaju poprawy przy guzach płata czołowego nie zdarzają się.

A jeśli epikrytycznie zauważymy nadto, że prócz *moria* i zmian na dnie oka, wszystkie inne objawy wykazywały wahania w nasileniu, a z wywiadów wiemy, że chora po durze przeszła zapalenie ucha środkowego, możemy w tym przypadku z bardzo wielkiem prawdopodobieństwem ustalić rozpoznanie: surowicze zapalenie opon mózgowych.

*W dyskusji* kol. Krzemicki podnosi, że termin pseudoguz jest pojęciem klinicznem i nie jest równoznaczne z surowiczem zapaleniem opon. Są opisane przypadki, które za życia uchodziły za guz mózgu, autopsja zaś nie wykazała żadnych odpowiadających przebiegowi klinicznemu zmian w mózgu; wobec powyższego nie wolno nam na razie wykreślać pojęcia pseudoguzu. Co się tyczy terminologji przypomina, że termin „pseudotumor" zawdzięczamy oprócz Nonne'mu również Higierowi z Warszawy.

Kol. Węgłowski przypomina przypadki, przedstawione w roku zeszłym przez kol. Reicha z oddziału szpitala okręgowego; jeden z tych przypadków gdzie rozpoznano *meningitis serosa* mówca operował i znalazł guz mózgu.

Kol. Domaszewicz podnosi, że rozpoznawanie *meningitis serosa* często jest z początku trudne i dlatego przyjmuje się początkowo tumor mózgu, dopiero dalsza obserwacja, badanie płynu mózgordzeniowego zmienia diagnozę na *meningitis serosa.*

W tych przypadkach sztuczna odma czaszkowa okazuje dużą pomoc nietylko dla diagnozy, ale i dla terapji.

Co się tyczy przypadku kol. Reicha, to stwierdzono zanik nerwu wzrokowego, co wykluczało *meningitis serosa* Zabieg operacyjny potwierdził rozpoznanie mówcy, gdyż znaleziono u chorego guz mózgu.

*W odpowiedzi* przemawiał kol. Falkiewicz.

3. Kol. Ostrowski Stanisław wygłosił *„Układ wegetatywny a gruźlica skóry z uwzględnieniem odczynu tuberkulinowego"*.

*K. Tyszka*, sekretarz doroczny.

**Towarzystwo Lekarskie Częstochowskie.**

Posiedzenie z dnia 26 czerwca 1925 r.

Obecnych 18 członków; przewodniczący kol. Rożkowski.

1) Kol. Rożkowski pokazał przypadek choroby nerwowej bardzo trudnej pod względem rozpoznawczym: rozpoznanie mogłoby wahać się miedzy *stwardnieniem wieloogniskowem, a myasthenia Erba* (chory pozostaje jeszcze pod obserwacją).

2) Kol. Okuszko wygłosił odczyt p t.: *„Funkcje przysadki mózgowej i odpowiednich ośrodków podstawy mózbu (guza szarego)*. Badanie nad funkcjonowaniem przysadki można podzielić schematycznie na 2 okresy. W pierwszym — badacze odkrywają coraz to nowe funkcje tego gruczołu, przyczem nabiera on coraz większego znaczenia w fizjologji ustroju; w drugim — trwającym po dziś dzień — następuje jego degradacja i przeniesienie uprzednio przypisywanych przysadce funkcji na ośrodki mózgowe podstawy, a w szczególności na guz szary. Różnice w zapatrywaniach dawnych i obecnych badaczy pod tym względem są następujące:

1) Usunięcie całkowite przysadki było uważane dawniej za śmiertelne; obecnie stwierdzono doświadczalnie, że wycięcie tego gruczołu nie powoduje śmierci, czyli że nie jest on niezbędny do życia.

2) Dawniej utrzymywano, że uszkodzenie doświadczalne gruczołu, lub jego zachorzenia powodują: 1) poliurję i polidypsję, 2) często glikozurję przejściową, 3) zanik narządów rodnych oraz cech wtórnych płciowych i pociągu płciowego, 4) odtłuszczenie niektórych okolic ustroju (bioder, okolicy nadłonowej, pośladków), 5) ogólne odtłuszczenie, 6) powstrzymywanie wzrostu organizmu (o ile uszkodzenie nastąpiło w wieku młodym), 7) obniżenie ciśnienia krwi, 8) hipotermję, 9) obniżenie przemiany podstawowej. Obecnie przekonano się, że powstawanie poliurji, polidypsji, odłuszczenia, zaniku narządów rodnych — zależy od uszkodzenia jąder *tuberi cinerei* (guza szarego), tak, iż na rzecz przysadki pozostaje dotychczas, jako nie zachwiany, wpływ jej na wzrost organizmu. Uszkodzenie przysadki w wieku młodym powoduje bezspornie powstrzymanie wzrostu, zaś jej nadmierne funkcjonowanie (gruczolak) — akromegalję, chorobę polegającą na przeroście kończyn, języka, nosa, warg, głowy z zaburzeniami, wynikającemi ze wzmożenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Nadmienić należy, iż wpływ na wzrost ustroju wywiera przeważnie część gruczołowa przysadki, zaś część nerwowa wpływa — być może przez swą wydzielinę na odżywienie i funkcjonowanie odpowiednich ośrodków mózgowych (autoreferat).

*W dyskusji* zabierali głos koledzy. Kon Stefan i Stawnicki.

3) Kol. Szaniawski pokazał dwoje dzieci z *zaburzeniami pokarmowemi:*

1) Dziecko 4-miesięczne, sztucznie karmione zostało przyjęte na oddział dziecięcy szpitala miejskiego z objawami silnego wyniszczenia wskutek uporczywej trwającej od 3 miesięcy biegunki. Rozpoznanie: *dystrophia, decompositio incipiens.* Dziennie do 16 stolców; w moczu ślady białka i kilka wałeczków szklistych. Leczenie polegało na zastosowaniu mleka białkowego, początkowo czystego potem z dodatkiem węglowodanów. Już od 4 dnia waga pierwotna 4060 gr. zaczęła się zwiększać, ilość stolców stopniowo zmniejszać się. Spróbowano wówczas zwiększyć ilość kaloryj, podając raz dziennie wysokowartościową mieszankę z tłuszczem (Moro); wobec otrzymania odczynu Finkelstejna (spadek wagi po zwiększeniu ilości kalorji) odstawiono tłuszczową mieszankę i poprzestano na stopniowej zamianie mleka białkowego mięszaniną węglowodanów z mlekiem. Obecnie po miesięcznej kuracji waga dziecka 4750 gr., stolce 3—4 dz., białko w moczu znikło i stan dziecka jest zupełnie dobry (pomimo, iż w czasie leczenia przechorowało na ospę wietrzną).

2) Dziecko 9-miesięczne — podrzutek — przyjęto do szpitala z powodu trwającej od kilku tygodni biegunki (do 10 stolców dziennie) i częstych wymiotów; prócz tego na główce, tułowiu i kończynach od 2 tygodni obfite czyraki. Rozpoznanie: *Dystrophia et furunculosis multiplex.* Leczenie: 2 razy dziennie m. a. m. (zmodyfikowane wielowartościowe mleko białkowe Dra Frenklowej z Łodzi) i 3 r. dziennie kaszka na mleku po 130 gr. (wartość odżywcza 680 kalorji), prócz tego sok z owoców surowych 2 łyżeczki dz. Pierwotna waga dziecka 4850 gr. na początku obniżyła się do 4600 gr., wobec tego zastosowano żywienie samą mieszaniną m. a. m., stopniowo zwiększając ilość kalorji; waga od 5 dnia zaczęła się podnosić i w 18 dniu pobytu w szpitalu osiągnęła 4950 gr., ilość stolców zmniejszyła się do 3—4 dz. Obecnie od paru dni stan dziecka znowu pogorszył się, prawdopodobnie w związku z przecięciem dużego ropnia na główce (zastrzyki Neo-Dmesta, kąpiele z *kal. hypermanganicum* i siarką i otwieranie drobniejszych czyraków nie zapobiegło tworzeniu się większych wrzodów).

Prelegent podkreśla, że nowoczesna pedjatrja przy zaburzeniach pokarmowych dąży do racjonalnego żywienia (pożywienie kontrastowe) i że sposób ten, jak widać z przytoczonych dwóch przypadków, daje często dobre wyniki, gdy nie można zastosować karmienia piersią. Wyniki zależą od konstytucji dziecka oraz od umiejętności stosowania odpowiednich w danym przypadku mięszanek.

*W dyskusji* kol. Stawnicki przytacza przypadek, gdzie uporczywa *furunculosa* ustąpiła po zastosowaniu autowakcyny; zwraca też uwagę na wartość rozpoznawczą badania stolców na zawartość tłuszczów, omawiając t. z. chorobę trzewną: *„coeliac disease"*. — Kol. Szaniawski odpowiada, że choroba trzewna nie należy do rzeczy częstych: dla stosowania mięszanek bądź z przewagą białka, bądź węglowodanów ma znaczenie odczyn stolca: kwaśny lub zasadowy.

4) Kol. Rożkowski opisał 4 przypadki: *„phlegmasia alba dolens bilateralis"*. Omówiwszy szczegółowo 4 obserwowane przypadki, prelegent zaleca utrzymywanie chorych w łóżku do zupełnego zniknięcia gorączki; podaje że w paru z tych przypadków uporczywe ogromnych rozmiarów obrzęki utrzymywały się w ciągu kilku miesięcy i szybko ustępowały dopiero po wstaniu z łóżka. (Rzecz będzie ogłoszona w druku).

Sekretarz: *Ad. Borkowski.*

---

## WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

*Kraków.*

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie. We środę 23 b. m. odbyło się w sali Krak. Towarzystwa Lekarskiego o godz. 8,15 wieczorem posiedzenie naukowe z następującym porządkiem dziennym: I. Demonstracje: Z oddziału VI. Szpit. św. Łazarza: Dr. Wander. Z II. Kliniki wewnętrznej U. J.: Dr. Szczeklik. II. Odczyt Kpt. lek. Dr. Michalika Kazimierza p. t.: „Samolot na usługach medycyny".

Zakład Higjeny Uniwersytetu Jagiellońskiego przystąpił do sporządzenia i wydania Polskiej Bibljografji Higjenicznej od roku 1890 do chwili obecnej. Wobec tego uprasza się wszystkich autorów prac i publikacji w najszerszym zakresie higjeny, łącznie z epidemjologją, o łaskawe nadsyłanie do Zakładu Higjeny Uniwersytetu Jagiellońskiego (Kraków, ul. Lubicz 43.) dokładnych tytułów wymienionych prac ze wskazaniem miejca i czasu wydania. Zwłaszcza chodzi o prace, które nie były zamieszczone w rozpowszechnionych czasopismach (Zdrowie, Przegląd Higjeniczny i t. p.). Prof. Dr. Witold Gądzikiewicz.

*Lwów.*

Tow. Lekarskie Lwowskie. IV. posiedzenie odbyło się w piątek dnia 18 lutego. Dr. Gruca przedstawił lub omówił 6 przypadków złamania, leczonego szwem kostnym. Dr. Mossor przedstawił raka odbytnicy u 15-letniego chłopca. Dr. Arend omówił odczyn *Takata-Ara* z płynem mózgowo-rdzeniowym. Dr. Czeżowska miała wykład o syntalinie i zdała sprawę, z dotychczasowych doświadczeń, poczynionych z tym środkiem w klinice chorób wewnętrznych, dr. Elmer zaś omówił dotychczasowe doświadczenia z tymże środkiem poczynione na oddziale wewn. męskim Szpitala powszechnego.

*Łódź.*

VI. Zjazd Lekarzy i Działaczy Sanitarnych Miejskich odbędzie się w Łodzi w dniach 24 i 25 kwietnia b. r. Program obrad obejmuje następujące tematy: 1. Higjena pracy w fabrykach i rzemiośle. 2. Stan sanitarny Łodzi i województwa łódzkiego. 3. Usuwanie nieczystości w miastach. 4. Walka z dymem w miastach. Czas trwania referatów ogranicza się do 30 minut, koreferatów zaś do 15 minut. Uprasza się o zgłaszanie referatów i nadsyłanie ich streszczeń oraz wniosków do Sekretarjatu Komitetu: Łódź — Magistrat — Wydział zdrowotności Publicznej. Ostateczny termin zgłaszania upływa z dniem 15 marca 1927 r. Komitet Organizacyjny zaprasza niniejszem wszystkie Stowarzyszenia Lekarskie, Instytucje, zajmujące się sprawami zdrowia publicznego, lekarzy i działaczy sanitarnych do wzięcia jak najliczniejszego udziału w zjeździe, który ma na celu wyczerpujące omówienie i zbadanie spraw, posiadających ogromne znaczenie dla zdrowia mieszkańców miast. Wpłata za udział w zjeździe wynosi 10 złotych.

*Redakcja otrzymała:*

*Naum Manson.* Przyczynek do krzywej skurczu izotonicznego. Warszawa 1926. Nakład autora.

*R. Gajkowicz:* Leczenie tuberkuloznego bolnogo. (Leczenie chorego gruźliczego) Wyd. 3-e. Leningrad 1926.

*Lwów.*

Warszawski Kalendarz lekarski na rok 1927, którego znaczenie dla lekarza praktyka, uwydatniliśmy w ocenie, umieszczonej na str. 130, Polsk. Gaz. Lek. z r. bież. jest do nabycia w Administracji Polskiej Gazety Lek. we Lwowie, ul. Rutowskiego 9. (Księgarnia Gubrynowicza i Syna). Konto P. K. O. 150.000. Telef. Nr. 28-81. w cenie 5 zł. w oprawie płóciennej, egzemplarz o 800 stronach, bogatej treści. Koszt przesyłki poleconej 70 gr. — za zaliczką 1 zł. 20 gr.